Rok XXXIX. Kraków, 1 Grudnia 1900. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego i z zakładu bakteryologicznego prof. Bujwida w Krakowie.

O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego.*)

Podał

Dr. Ksawery Lewkowicz,

asystent kliniki.

Dopóki, jak do niedawna jeszcze, musieliśmy się ograniczać przy usiłowaniach wyświetlenia etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych do badań, wykonywanych jedynie po śmierci, głębsze wglądnięcie w patologię pasorzytnicza tych błon napotykało na wielkie trudności. Liczne lżejsze przypadki, kończące się wyleczeniem, a niejednokrotnie pod względem etyologicznym i epidemiologicznym ważniejsze od ciężkich, były wtedy dla ścisłego badania zupełnie niedostępne. Zaś co do przypadków, kończących się śmiercią, to ze względu na możliwość przedskonowego lub pośmiertnego wtargnięcia drobnoustrojów do opon, należy podnieść, że badania bakteryologiczne, wykonywane po śmierci, nie mogą mieć równej wartości z badaniami za życia, zwłaszcza, gdy upłynął dłuższy czas między zgonem a chwilą podjęcia badania.

Rzecz zmieniła się zasadniczo od czasu, gdy wykrycie nakłócia lędźwiowego przez Quinkego w r. 1891 utorowało nam drogę do opon i płynu mózgowo-rdzeniowego już za życia chorego.

Ponieważ w płynie mózgowo-rdzeniowym mamy materyał w stosunkach prawidłowych zupełnie jałowy, zatem w przypadkach zapaleń opon każdy wynik dodatni, otrzymany przy badaniu bakteryologicznem, przeprowadzonem z odpowiedniemi ostrożnościami, ma do pewnego stopnia dla stwierdzenia tła choroby rozstrzygające znaczenie. To też poznanie etyologii tych chorób zrobiło w ostatnich czasach znaczne postępy. Mimo to napotykamy jeszcze na liczne szczegóły niewyjaśnione, a w zapatrywaniach poszczególnych autorów zauważyć można znaczne różnice zdań: mamy więc przed sobą otwarte, obszerne i wdzięczne pole dla dalszych badań.

Dzięki uprzejmości mego szefa, prof. Jakubowskiego, mogłem w klinice chorób dziecięcych wykonać nakłócie lędźwiowe i przeprowadzić badanie otrzymanego tą drogą płynu w całym szeregu przypadków. Badania podejmowałem częściowo w pracowni samej kliniki, częściowo zaś w zakładzie prof. Bujwida, któremu zawdzięczam także wykonanie fotogramów.

Wykonanie nakłócia i przeprowadzenie badania. Nakłócie wykonywałem igiełką 5—10 gramowej strzykawki. Przy wykonaniu tego zabiegu trzyma pomocnik chorego w ułożeniu klęczącem, najwygodniej w ten sposób, że obejmuje i ustala swemi udami zgięte i przysunięte do brzucha uda i podudzia chorego, a rękami przytrzymuje mu kończyny górne i barki. Tułów jest ustawiony pionowo, przyczem część piersiowa i lędźwiowa kręgosłupa powinny tworzyć łuk, zwrócony wypukłością ku tyłowi, przez co wyrostki kolczaste i łuki kręgów lędźwiowych oddalają się od siebie i zwiększa się przestrzeń, przez którą mamy się dostać do kanału kręgowego. Igiełkę wbija się pomiędzy wyrostkiem kolczastym 3-go a 4-go kręgu lędźwiowego, nieco na prawo od linii środkowej, aby ominąć więzadło, łączące oba wyrostki. Koniec igiełki kieruje się wobec tego ku przodowi, wewnątrz i nieco ku górze, zatem między oba łuki i ku środkowi kanału kręgowego. Zależnie od wieku, budowy dziecka i grubości podściółki tłuszczowej igiełkę należy wbić głębiej lub płyciej. Kierować się można tem, że przebicie opony twardej odczuwa się zwykle jako przezwyciężenie pewnego oporu. Wystrzegać się należy za głębokiego wbijania igiełki, bo wtedy koniec jej dostaje się do splotów żylnych na tylnej powierzchni trzonów kręgowych i sprowadza krwotok. Nie jest to połączone zwykle z żadnem niebezpieczeństwem, ale wskutek przymieszki krwi do płynu pewne części badania, n. p. oznaczenie białka, stają się wtedy niemożebne do przeprowadzenia, lub nieścisłe.

Muszę zaznaczyć, że położenie pionowe zastósowane zostało pierwszy raz w naszej klinice przez Raczyńskiego[1]). Quinke zaś radził wykonać nakłócie lędźwiowe w położeniu leżącem.

Rdzeń kończy się, jak wiadomo, na wysokości drugiego kręgu lędźwiowego. W miejscu, gdzie wykonujemy nakłócie, jest już tylko t. zw. koński ogon. Poszczególne nerwy, składające go, zawieszone w płynie, z łatwością usuwają się przed igiełką tak, że uszkodzenie któregokolwiek z nich jest prawie zupełnie niemożebne.

Jak tylko dostaniemy się do przestwieni podpajęczej, zaczyna wypływać z igiełki płyn mózgowo-rdzeniowy; jeżeli zaś igiełkę połączyliśmy zapomocą odpowiednio przytoczonej rurki metalowej i rurki kauczukowej z manometrem, to wskaże nam to samo przesuwanie się słupa rtęci. Wyjątkowo tylko, aby otrzymać wypływ, trzeba się uciekać do wykonania wysysania (aspiracyi) zapomocą strzykawki, mianowicie jeżeli igiełka zatkaną zostanie strzępkiem wysięku oponowego, lub skrzepikiem krwi. Czasem, gdy wypływu niema, przyczyną może być przysłonięcie otworu igiełki błonami,

*) Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 7 listop. 1900.

Działy	Liczba	Znaki i wiek chorego	Ciśnienie w mm. Hg	Ilość w ctm.^{3}	Skrzepik pajęczyn	Białko w %	Mętność w % osadu	Limfocyt % ciałek biał.	Drobnoustroje mikroskopowo	Hodowle	Zejście, w d. r. rozpoznanie anatomiczne
I. Zapalenie nagminne	.	Stan prawidł.	20—25	.	—	0·01—0·02	—	100 ?	—	—	
	1.	A. M. 9 m.	.	15·0	+	0·40	0·05	3·0	.	.	?
	2.	F. R. 6 l. .	.	2·5	—	0·10	0·2	0·3	Meningokoki	Meningokoki	Wyleczenie
	3.	J. R. 18 m.	.	11·0	—	0·03	skąpy	2·5	„	—	Wyleczenie
	4.	J. Z. 12 m.	.	8·0	+	0·3	0·15	1·0	„	Meningokoki	† Mngtis cer. spin. epid.
	5.	J. K. 9 m.	.	10·0	+ +	0·3	0·5	1·0	„	„	† Mnglis cer. spin.
	6.	A. G. 5 l. .	30, 30	10·0	—	0·05	0·1	2·5	„	„	Wyleczenie
	7.	F. R. 16 m.	.	11·0	+	0·10	0·1	0·5	„	„	† Mngtis tuberculosa
II. Zap. zwykłe	8.	W. M. 6 l.	40, 12	10·0	+	0·20	0·05	1·5	Enterokoki	Enterokoki	† Mngtis purulenta, Pneumonia dispersa, Dysenteria.
	9.	A. G. 8 l. .	.	5·0	—	0·06	0·25	15·0	Streptokoki	Streptokoki	† Mngtis purulenta, Pleurit. sin. Otitis. Enterocatarrh.
	10.	W. Z. 7 l. .	14	12·0	—	0·018	—	.	—	Prątek dur.	Wyleczenie.
III. Zap. gruźlicze i gruźlica prosówkowa.	11.	W. Z. 4 l. .	.	20·0	.	0·10	skąpy	95·0	Bakt. gruźl.	—	† Mngtis tbc.
	12.	A. Ch. 3 l.	.	6·5	+	0·15	„	59·0	„	—	† Mngtis tbc.
	13.	G. W. 15 m.	56, 36	10·0	+	0·16	„	79·0	—	—	† Mngtis tbc.
	14.	M. K. 5 l. .	20	5·0	+	0·30	„	99·0	.	—	† Mngtis tbc.
	15.	A. K. 11 l. .	28	4·0	—	0·32	0·10	11·0	.	—	† Mngtis tbc.
	16.	E. P. 10 l. .	84, 28	10·0	+	0·15	0·01	11·0	—	—	† Mngtis tbc.
	17.	K. B. 2 l. .	80, 30	15·0	—	0·24	0·10	13·0	Bakt. gruźl. (liczny!)	—	† Mngtis tbc. Tbcsis cerebri ad convex. Tbc. miliar.
	18.	A. K. 3 l. .	48, 14	10·0	—	0·14	skąpy	16·0	—	—	† Mngtis tbc. Tbcsis cerebri et nodi tbc. solit.
	19.	A. K. 18 m.	.	10·0	.	0·10	„	95·0	—	Świnka +	† Mngtis tbc. Nodus tbc. solit.
	20.	W. R. 2 l. .	.	10·0	—	0·02	—	94·0	.	.	† Tbc. miliar.
	21.	J. M. 7 l. .	24	4·5	—	0.003	—	.	.	.	† Tbc. miliar.
IV. Sprawy niezakaź.	22.	J. M. 10 l. .	30·0 (?)	15·0	—	0·01	—	.	.	.	† Residua mngtis. Pneumonia croup.
	23.	F. W. 3 l. .	.	10·0	—	0·03	skąpy krew	.	—	— .	† Hyperaemia passiva cerebri, helminthiasis.
	24.	F. B. 9 l. .	22,10	10·0	—	0·012	—	.	.	—	† Thrombus sinus falc. maj. Anaem.
	25.	M. R. 18 m.	.	20·0	—	0·02	—	.	.	—	† Hydroceph. chron. Thromb. ven. foss Sylvii, Anaemia.

lub korzonkami. Wystarczy wtedy dla zaradzenia złemu okręcenie igiełki wokoło osi.

Rozłączamy następnie, w danym razie, igiełkę od manometru i zbieramy wypływający płyn do rurek miareczkowanych. Dobrze jest płyn od razu podzielić na dwie części. Jednę z nich odstawiamy na razie, a możemy ją później użyć do szczepienia zwierząt. Przy sprawach zapalnych tworzy się przytem w płynie po kilku nieraz godzinach skrzepik pajęczynowaty. Obejmuje on zawieszone w płynie części ukształtowane, między innemi drobnoustroje, zkąd w przypadkach zapaleń gruźliczych może posłużyć do wykrycia prątków Kocha.

Drugą część centryfugujemy w rurce ku dołowi stożkowato zakończonej, osad badamy drobnowidowo i bakteryologicznie, a płyn — chemicznie.

Zapisujemy ciśnienie początkowe, w danym razie i końcowe; obecność i wielkość wahań, zależnych od tętna, oddechu, krzyku, ilość płynu wypuszczoną; jego przeźroczystość, względnie zmącenie, które można wyrazić ilością osadu w odsetkach; ilość białka sposobem Esbacha, lub gdy białka mało, Stolnikowa*); własności aglutynacyjne (p. n. przypadek duru).

Jeżeli mamy płyn badać bakteryologicznie, to igiełka, strzykawka, rurka metalowa i kauczukowa, służące do połączenia igiełki z manometrem, wreszcie krótki kawałek rurki kauczukowej grubszej (najlepiej z jednej strony rozciętej dla ułatwienia zdejmowania, a mającej objąć nasadę igiełki i rurkę metalową i ochronić je od zakażenia przy zetknięciu z palcami podczas wbijania igiełki), wreszcie dwie rurki do centryfugowania i dwa korki kauczukowe do tych rurek, muszą być wyjałowone przez wygotowanie. Po otrzymaniu osadu szczepi się jego część na agar zwykły lub glicerynowy, lub agar z krwią (gdy chodzi o prątek grypowy), a dopiero resztę bada się mikroskopowo.

Cechy płynu prawidłowego są następujące: ciśnienie 20—25 mm. Hg. Płyn zupełnie przeźroczysty, zatem i osadu nawet po zcentryfugowaniu, makroskopowo, nie można wykazać żadnego; mikroskopowo, można znaleść nieco ciałek białych, a mianowicie, o ile wykazuje preparat świeży, limfocytów. Niekiedy domieszka krwi, która dostaje się do płynu w czasie nakłócia. Ilość białka 0·01—0·02%. Płyn niema

*) Jest to próba na białko kwasem azotowym w zwykły sposób wykonana. Płyn rozcieńcza się i oznacza granicę, przy której powstaje jeszcze po odstaniu do 1 minuty smuga białkowa zaledwie dostrzegalna. Odpowiada to w płynie rozcieńczonym ilości białka 0·003%. Liczbę tę mnoży się przez rozcieńczenie i otrzymuje w ten sposób ilość białka w płynie pierwotnym z dokładnością, wystarczającą dla celów klinicznych.

własności wytwarzania skrzepiku, i nie zawiera drobnoustrojów.

Przystąpimy teraz do opisu wyników badania, otrzymanych w poszczególnych przypadkach. Są one zestawione w załączonej tablicy, a mianowicie według następujących działów:

I. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych nagminne
II. Zapalenie ostre zakaźne, obejmowane zwykle wspólną nazwą zapalenia zwykłego (*meningitis simplex*) w przeciwstawieniu do zapalenia gruźliczego i nagminnego.
III. Zapalenie gruźlicze.
IV. Sprawy niezakaźne. *(Patrz tablicę.)* (C. d. n.)

II. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony.

Podał

Dr. Edmund Kowalski

lekarz zakładu wodoleczniczego „Kiselka" we Lwowie.

(Ciąg dalszy).

b) Kąpiele gazowe.

Po zetknięciu się w kąpieli gazowej banieczek bezwodnika węglowego z powierzchnią skóry doznaje badany w pierwszym rzędzie uczucia ciepła, następnie mrowienia i dość silnego szczypania, przyczem skóra coraz bardziej jednostajnie się zaczerwienia, przybierając powoli niekiedy barwę prawie szkarłatną. Objaw ten utrzymuje się, tracąc jednak na swem natężeniu, przez dość długi czas po zaprzestaniu kąpieli, bo niekiedy przeszło pół godziny, a jest następstwem nadmiernego przekrwienia skóry, pochodzącego z rozszerzenia tętniczek. Wykazał bowiem Skórczewski[1]), że strumień bezwodnika kwasu węglowego, puszczony na obnażone ucho królika, lub na język żaby, sprowadza rozszerzenie tętnic, a zwężenie żył, co utrzymuje się dość długo po zaprzestaniu doświadczenia.

Oprócz jednak tych miejscowych zmian, występujących pod wpływem kąpieli gazowych, mamy i zmiany ogólne, jak to z załączonych poniżej zestawień widzimy:

Kąpiel na 30°C przez 15 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	76	130 Mm.
w kąpieli		
po 10 min.	66	150 »
po 15 min.	62	160 »
po kąpieli		
po 10 min.	62	160 »
po 20 min.	64	160 »

Kąpiel na 32°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	84	130 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	78	140 »
po 15 min,	74	145 »
po 25 min.	72	145—150 »
po kąpieli		
po 5 min.	74	140 »
po 30 min.	74	140 »

Kąpiel na 32°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	70	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	64	145—150 »
po 15 min.	62	— »
po 20 min.	62	160 »
po 25 min.	62	160 »
po kąpieli		
po 5 min.	64	160 »
po 15 min.	64	— »
po 25 min.	64	— »
po 35 min.	68	150 »
po 45 min.	68	— »
po 60 min.	68	150 »

Kąpiel na 32°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	68	135—140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	60	145- 150 »
po 15 min.	60	150 »
po 25 min.	57	160 »
po kąpieli		
po 5 min.	56	150 »
po 20 min.	60	145 »
po 30 min.	60	145—150 »
po 60 min.	60	140 »

Kąpiel na 32°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	72	130 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	70	140 »
po 15 min.	68	140 »
po 25 min.	70	150 »
po kąpieli		
po 5 min.	70	150 »
po 15 min.	72	— »
po 30 min.	68	140 »

Kąpiel na 33°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	84	130 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	72	150 »
po 15 min.	68	150 »
po 25 mtn.	64	155 »
po kąpieli		
po 5 min.	68	150 »
po 15 min.	68	— »
po 25 min.	68	150 »
po 45 min.	68	140—150 »
po 60 min.	72	140 »

Kąpiel na 33°C przez 30 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	66	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	62	150 »
po 15 min.	62	150 »
po 25 min.	60	150 »
po 30 min.	60	160 »
po kąpieli		
po 5 min.	58	150 »
po 15 min.	60	160 »
po 25 min.	60	150 »
po 50 min.	64	150 »

Kąpiel na 33°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	80	140 Mm.
w kąpieli		
po 10 min.	74	150 »
po 25 min.	72	150 »
po kąpieli		
po 10 min.	76	150 »
po 60 min.	78	140—150 »

Kąpiel na 33°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	68	140 Mm.
w kąpieli		
po 10 min.	62	150 »
po 25 min.	56	160 »
po kąpieli		
po 10 min.	60	150 »
po 30 min.	62	150 »
po 60 min.	64	150 »

Kąpiel na 36°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	70	140 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	72	135 »
po 15 min.	76	130 »
po 25 min.	74	130 »
po kąpieli		
po 5 min.	66	140 »
po 15 min.	68	— »
po 25 min.	68	140 »
po 35 min.	70	130 »
po 45 min.	72	— »
po 60 min.	72	130 »

Kąpiel na 36°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	68	150 Mm.
w kąpieli		
po 5 min.	74	140 »
po 15 min.	76	130 »
po 25 min.	78	130 »
po kąpieli		
po 5 min.	74	140 »
po 20 min:	70	140 »
po 30 min.	70	150 »
po 60 min.	70	150 »

Kąpiel na 39°C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi
Przed kąpielą	68	150 Mm
w kąpieli		
po 5 min.	82	140 »
po 15 min.	86	120 »
po 25 min.	88	120 »
po kąpieli		
po 5 min.	84	130 »
po 20 min.	84	130 »
po 30 min.	82	130 »
po 60 min.	82	130 »

---

[1]) B. Skórczewski: O zachowaniu się tętnic i żył pod wpływem strumienia gazu kwasu węglowego. Rozprawy i sprawozdania z posiedzeń Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie. (Tom V, rok 1878).

Przypatrzywszy się wynikom, otrzymanym pod wpływem kąpieli gazowych, zauważymy również i tu występujące zmiany w zachowaniu się czynności serca i w ciśnieniu krwi: raz ruchy serca wolnieją, drugi raz przyspieszają się, ciśnienie się wzmaga, to znów obniża i to tak w czasie kąpieli, jak i przez pewien czas po niej.

Dla dokładniejszego przeglądu zbierzmy i tu ilości maksymalne, odpowiadające zwolnieniu, względnie przyspieszeniu ruchów serca, podwyższeniu, względnie obniżeniu ciśnienia krwi przy poszczególnych kąpielach i oznaczmy przez (+), maksymalne zwiększenie się ilości tętna i maksymalne podwyższenie się ciśnienia, a przez (—) maksymalne zmniejszenie się ilości tętna i maksymalne obniżenie się ciśnienia krwi, a otrzymamy następujące zestawienia:

Kąpiel na 30°C.

W kąpieli . .	—14	+30 Mm.
po kąpieli .	—14	+30 Mm.

Kąpiel na 32° C.

W kąpieli . .	—12	+20 Mm.
po kąpieli .	—10	+10 Mm.

Kąpiel na 32°C.

W kąpieli . .	— 8	+20 Mm.
po kąpieli .	— 6	+20 Mm.

Kąpiel na 32° C.

W kąpieli . .	—11	+25 Mm.
po kąpieli .	—12	+15 Mm.

Kąpiel na 32° C.

W kąpieli . .	— 4	+20 Mm.
po kąpieli .	— 4	+20 Mm.

Kąpiel na 33° C.

W kąpieli . .	—20	+25 Mm.
po kąpieli .	—16	+20 Mm.

Kąpiel na 33°C.

W kąpieli . .	— 6	+20 Mm.
po kąpieli .	— 8	+20 Mm.

Kąpiel na 33° C.

W kąpieli . .	— 8	+10 Mm.
po kąpieli .	— 4	+10 Mm.

Kąpiel na 33° C.

W kąpieli . .	—12	+20 Mm.
po kąpieli .	— 8	+10 Mm.

Kąpiel na 36° C.

W kąpieli . .	+ 6	—15 Mm.
po kąpieli .	+ 2	—10 Mm.

Kąpiel na 36° C.

W kąpieli . .	+10	—20 Mm.
po kąpieli .	+ 6	—10 Mm.

Kąpiel na 39° C.

W kąpieli . .	+20	—30 Mm.
po kąpieli .	+16	—20 Mm.

Z zestawień powyższych wynika, że kąpiele gazowe wpływają tak na zmianę ruchów serca, jak i zmianę ciśnienia krwi: raz ruchy serca zwalniają się, drugi raz przyspieszają, — ciśnienie raz podnoszą, to znów obniżają. Zwolnieniu ruchów serca towarzyszy zawsze podniesienie się ciśnienia tętniczego, przyspieszeniu zaś obniżenie, a występowanie zmian tak jednych, jak drugich, zależy od ciepłoty kąpieli.

W kąpielach o ciepłocie 30, 32, 33°C liczba uderzeń serca w czasie trwania kąpieli zmniejsza się, ciśnienie się podnosi; w kąpielach zaś na 36 i 39°C liczba uderzeń serca się wzmaga, ciśnienie krwi obniża, działanie zaś to kąpieli tak jednych, jak drugich, rozciąga się poza ich trwanie na przeciąg czasu, przenoszący godzinę.

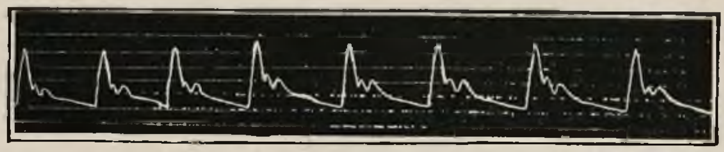
Zmiany powyższe, występujące tak pod wpływem pierwszych kąpieli, tj. 30—33° C, jak i pod wpływem drugich, tj. od 36—39°C, nie są jednak równe co do nasilenia, lecz przedstawiają pewne różnice ilościowe, które tem są znaczniejsze, im w pierwszym razie niższej użyjemy ciepłoty, przeciwnie w drugim, im wyższej.

Rozejrzawszy się obecnie w załączonych zdjęciach sfigmograficznych tętna przy stosowaniu kąpieli gazowych zauważymy takie same zmiany jakościowe, jakie występowały pod wpływem kąpieli zwykłych. Wśród i po kąpieli o cie-

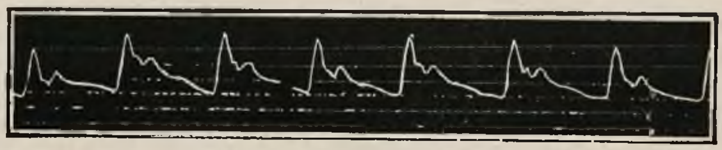
Kąpiel gazowa na 32° C.
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



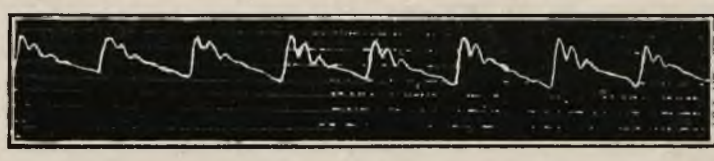
Po kąpieli.



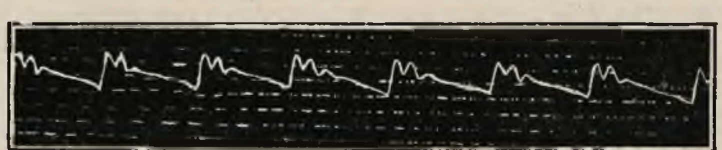
Kąpiel gazowa na 32° C.
Przed kąpielą.



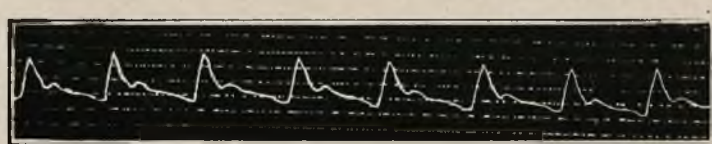
W czasie kąpieli.



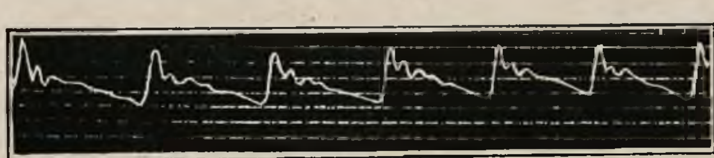
Po kąpieli.



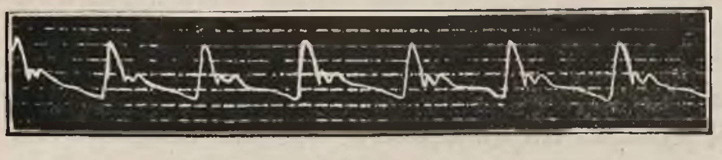
Kąpiel gazowa na 33° C.
Przed kąpielą.



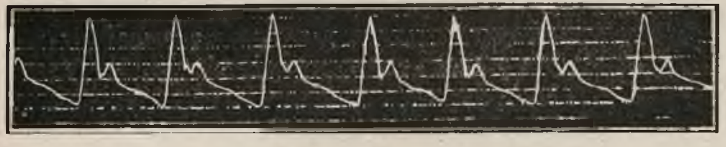
W czasie kąpieli.



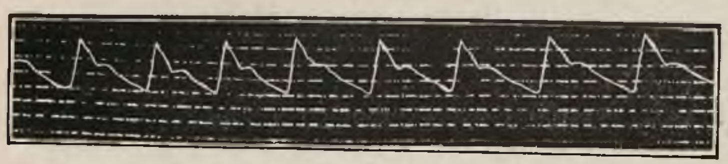
Po kąpieli.



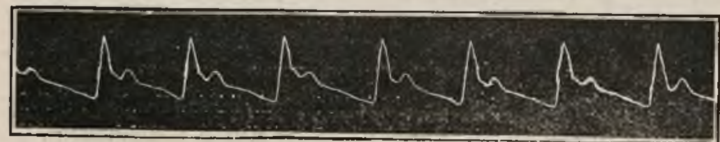
Kąpiel gazowa na 36° C.
Przed kąpielą.



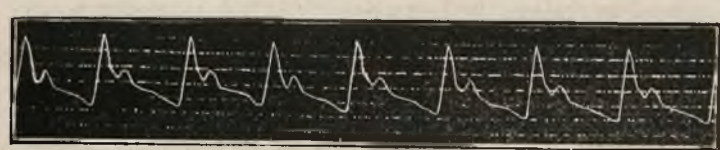
W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



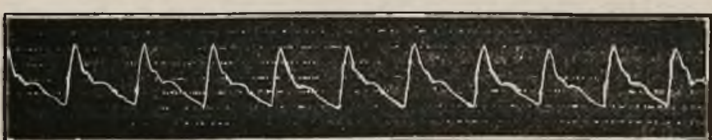
Kąpiel gazowa na 39° C.
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



płocie 30, 32, 33°C tętno staje się twardszem, fala wyższą; począwszy zaś od ciepłoty 36°C tętno staje się miększem, fala niższą.

Jest to, jak powiedziałem, ten sam objaw, który widzieliśmy przy kąpielach zwykłych; przyczyna jego naturalnie też ta sama: pierwsze jest następstwem większego napięcia ścian naczyń i wzmożonego nasilenia skurczów i rozkurczów serca, drugie następstwem zmniejszonego napięcia ścian i osłabienia czynności serca; pierwsze występuje, jak widzimy, w kąpielach o ciepłocie 30, 32, 33° C, drugie w kąpielach o ciepłocie 36 i 39°C — czyli, że kąpiele gazowe poniżej 34°C napięcie tętnicze drogą zadrażnienia nerwów naczynio-ruchowych wzmagają, energię mięśnia sercowego zwiększają, powyżej zaś 34°C jedno i drugie zmniejszają.

Ogólne zatem działanie kąpieli gazowych na narząd krążenia uwidocznia się głównie w trzech kierunkach, t. j. w zmianie szybkości ruchów serca, w zmianie nasilenia pojedynczych skurczów i rozkurczów, wreszcie w zmianie napięcia tętniczego.

Kąpiele o ciepłocie poniżej 34°C zwalniają ruchy serca, zwiększają energię mięśnia sercowego, wzmagają napięcie tętnicze; kąpiele o ciepłocie powyżej 34°C przyspieszają ruchy serca, osłabiają siłę mięśnia sercowego, zmniejszają napięcie tętnicze.

Zestawmy obecnie wyniki, otrzymane przy stosowaniu kąpieli gazowych, z wynikami, otrzymanymi przy stosowaniu kąpieli zwykłych i porównajmy je ze sobą, a zobaczymy, że są one zupełnie równe i identyczne. Tak kąpiele gazowe, jak i zwykłe, działają na narząd krążenia we wszystkich trzech kierunkach zupełnie równomiernie; pierwsze i drugie o ciepłocie poniżej 34°C zwalniają ruchy serca, zwiększają energię mięśnia sercowego, podnoszą ciśnienie krwi, o ciepłocie zaś powyżej 34°C przyspieszają ruchy serca, zmniejszają siłę mięśnia sercowego, obniżają ciśnienie tętnicze, a to działanie ich jest tem silniejsze, im w razie pierwszym ciepłota stosunkowo niższa, w razie drugim im wyższa, rozciąga się zaś ono poza trwanie kąpieli na równy mniej więcej przeciąg czasu, tj. przeszło na godzinę.

Ta identyczność objawów jest dowodem, że czynnik, wywołujący powyższe zmiany, jest obu tym rodzajom kąpieli wspólny, jest nim zaś ciepłota wody, jako bodziec termiczny.

Gräupner[1]), lekarz zakładowy w Nauheim, robiąc podobne doświadczenia, tj. nad zachowaniem się czynności serca i ciśnienia krwi w kąpielach zwykłych i gazowych, doszedł do odmiennych wyników. Utrzymuje on, iż jedne i drugie o ciepłocie 31 i 32·5°C (ciepłota naturalnych kąpieli Nauheimskich) ruchy serca zwalniają, lecz ciśnienie krwi kąpiele zwykłe podnoszą, gazowe zaś obniżają, a zmiany te utrzymują się po zaprzestaniu kąpieli dłużej po kąpielach drugich, aniżeli po pierwszych.

Wykazuje on zatem różnicę wpływu kąpieli gazowych w dwóch kierunkach: raz jakościową, tj. co do działania na ciśnienie krwi, powtóre ilościową, tj. co do trwania wpływu następowego. Obniżenie się ciśnienia krwi w kąpielach gazowych tłómaczy Gräupner rozszerzeniem naczyń skórnych pod wpływem gazu kwasu węglowego, o którem wspominałem, utrzymywanie się zaś dłuższe powyższych objawów po kąpieli — silniejszem zadrażnieniem ustroju. Odmiennym tym wynikom co do zmian w ciśnieniu krwi przeczy jednak Schott[2]) i Hensen (doświadczenia z kąpielami gazowemi

[1]) S. Gräupner. Nauheimer Mineralbäder und einfache Wasserbäder — ihr Einfluss auf Blutdruck und Herztätigkeit. (*All. Med. Centrallblatt.* 1896. Nr. 61, 62).

S. Gräupner. Physiologische und klinische Bemerkungen zur Balneotherapie der chronischen Herzerkrankungen. (*Therapeutische Wochenschrift.* 1896. Nr. 48).

[2]) A. Schott. Zur Therapie der chronischen Herzkrankheiten. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1885).

na klinice lipskiej), jak również Ewald[1]); obaj pierwsi twierdzą, że kąpiele gazowe o ciepłocie 31, 32·5° C nie obniżają ciśnienia krwi, ale podwyższają, drugi zaś podaje, że w doświadczeniach swoich zauważył wprawdzie obniżenie się ciśnienia o 20—30 Mm. w czasie kąpieli, ale dopiero przy ciepłocie 30° R, co się równa 37·5° C.

Następstwem czego są odmienne wyniki doświadczeń Gräupnera, trudno orzec; że jednak rzecz się tak ma, jak powyżej wykazałem, dowodzą moje doświadczenia, przeprowadzone z wszelką możliwą dokładnością, jak również doświadczenia wyżej przytoczonych autorów.

Pokazuje się zatem, że owo rozszerzenie naczyń skórnych, choć nieraz tak znaczne, nie jest dostateczne do wywołania obniżenia się ciśnienia krwi, lecz że ustępuje ono na drugi plan wobec działania czynnika innego, tj. bodźca termicznego, a tem samem tłómaczy to nam, gdzie należy szukać właściwej przyczyny podniesienia się ciśnienia, tak w kąpielach gazowych, jak i w kąpielach zwykłych, czyli tłómaczy nam, że *a priori* mogący być przyjęty w tych ostatnich skurcz drobnych skórnych naczyń nie odgrywa tu właściwie przeważnej roli, a jeśli jaką wogóle odgrywa, to minimalną. Wysokość ciśnienia bowiem zależy, jak wiadomo, od ilości krwi, jaką w jednostce czasu komora lewa wypycha do aorty i od oporu, na jaki ta krew natrafia na obwodzie. Gdyby więc opory te skutkiem silnego skurczu naczyń powierzchownych w kąpieli zwykłej znacznie się zwiększały, musiałaby być wybitna różnica w podnoszeniu się ciśnienia pod wpływem kąpieli zwykłych, a kąpieli gazowych, bo w tych ostatnich, skutkiem zadrażnienia gazem węglowym, naczynia skórne się rozszerzają, czyli opory stosunkowo zmniejszają; tak jednak nie jest, ciśnienie w jednym i drugim razie podnosi się prawie do równej wysokości, wynika więc z tego, że główną i prawie wyłączną rolę w tym względzie przypisać należy powstającym pod wpływem bodźca termicznego, w obu rodzajach kąpieli równego, zmianom w czynności i we wzmożonej energii mięśnia sercowego, a po części w zmienionem napięciu tętniczem. Rozszerzenie to jednak naczyń skórnych w kąpieli gazowej może mieć pewne znaczenie dla ustroju i w niektórych przypadkach ma je bezsprzecznie, bo przez to odprowadza się duże ilości krwi do powłok zewnętrznych, a czego prawdopodobnie następstwem jest uczucie swobody i lekkości w klatce piersiowej.

Co do drugiej różnicy, jaką podaje Gräupner, t. j. że w kąpieli gazowej mamy do czynienia z silniejszem zadrażnieniem ustroju, a skutkiem tego jest, iż występujące w czasie kąpieli zmiany utrzymują się następowo przez dłuższy czas, powiedziałbym, iż rzeczywiście zadrażnienie nerwów obwodowych jest prawdopodobnie znaczniejsze, a to bądź przez wspomniane przekrwienie powłok, bądź też może przez swoisty jaki wpływ na nie bezwodnika węglowego, następstwem jednak tego jest nie dłuższe utrzymywanie się powstałych objawów w krążeniu, lecz raczej zmiana w ogólnem czuciu. Po kąpieli zwykłej o ciepłocie 31, 32·5° C odczuwamy ogólne uspokojenie, nie doznajemy jednak znużenia, lecz owszem pewnego przyjemnego nieznacznego podniecenia, podczas gdy po kąpieli gazowej o tej samej ciepłocie czujemy się raczej osłabieni, niechętni do lekkich nawet wysiłków fizycznych.

[1]) C. A. Ewald. Kurze Mittheilung über Kohlensäurebäder. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1887).

Głównym zatem czynnikiem, działającym w kąpielach gazowych, jest bez wątpienia bodziec termiczny, czyli ciepłota użytej wody. Ponieważ tak w kąpielach gazowych, jak i zwykłych o ciepłocie 31—33° C widzimy zwolnienie ruchów serca, wzmożenie się napięcia tętniczego i zwiększenie się wysokości fali tętna, mamy więc jako następstwo działania kąpieli gazowych (31—33° C) to, co już powyżej, mówiąc o kąpielach zwykłych o tej samej ciepłocie, omówiłem, tj. zwolnienie skurczów i rozkurczów mięśnia sercowego, ale zato większą jego energię, podniesienie się ciśnienia tętniczego, a obniżenie żylnego, czyli wogóle mamy wzmożoną pracę wzmocnionego mięśnia sercowego, żywszy przypływ i odpływ krwi, lepsze wypełnienie się naczyń tętniczych, a zwolnienie naczyń żylnych i limfatycznych. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Mieczysław Nartowski: **Promienie Röntgena i ich zastósowanie do celów rozpoznawczych i leczniczych.** (Kraków, Nakład księgarni Krzyżanowskiego 1900).

Sztuka stósowania promieni Röntgena w medycynie uległa w ostatnich latach znacznemu udoskonaleniu i stała się zwolna wspólnem dobrem lekarzy praktycznych. Wskutek tego wyłoniła się wkrótce potrzeba napisania praktycznego podręcznika, zaznajamiającego lekarza ze szczegółami tej nowej gałęzi techniki lekarskiej. Niemcy, Francuzi, Anglicy mają już tego rodzaju podręczniki od lat kilku; polski wyszedł z druku przed kilku dniami. Autor poświęca swój podręcznik „Almae Matri Jagellonicae,“ oraz swym nauczycielom. Książka ma 109 stron druku i 85 pięknych ilustracyi. Dr. Nartowski nie bawi się w swym podręczniku w wielkie teorye, gdyż stanowią one w dziełach tego rodzaju tylko niepotrzebny balast; lecz przedewszystkiem zaznajamia czytelnika w przystępny, jasny i zwięzły sposób tak z przyrządem Röntgena, jak z wszystkimi innymi przyrządami skiograficznymi. W części drugiej i trzeciej podaje to, czego jeszcze brakuje w podręcznikach tego rodzaju, poucza bowiem w krótkości o rodzajach fotografii i całym sposobie ich sporządzania, począwszy od wywoływania kliszy, do otrzymania z niej fotografii gotowej. Dotąd musiał początkujący (a dla tych głównie autor swój podręcznik opracował), poszukiwać wszelkich wyjaśnień w tym kierunku dopiero w podręcznikach fotograficznych; w książce Nartowskiego jest zebrane i zestawione wszystko, co z fotografią Röntgena ma jakikolwiek związek, a przytem spotykamy tu wiele praktycznych uwag i objaśnień autora, pozwalających nam korzystać z nabytego już przez niego doświadczenia. Podręcznik zapoznaje nas nawet z najnowszemi zdobyczami wiedzy na polu röntgenowania. Szkoda tylko, że autor nie wspomniał o stereoskopii, stosowanej obecnie i przy skiografii. Metody, podane w celu oznaczania położenia ciał obcych, nie zdają mi się być najlepszemi z istniejących Ale jak już powiedziałem, jest to podręcznik dla początkujących, a tego rodzaju ścisłe obliczania wymagają pewnych dokładniejszych i specyalnych studyów w tej gałęzi.

W ostatnich trzech częściach opisane są własności, działanie i zastósowanie praktyczne röntgenografii w medycynie. Na działanie lecznicze promieni Röntgena zapatruje się autor dosyć sceptycznie, a i my mieliśmy na tem polu tylko bardzo mierne i wątpliwe wyniki.

W końcu należy podnieść wzorowy druk i staranne, a nawet wytworne wyposażenie całego podręcznika przy cenie umiarkowanej (8 koron).

Praca ta zasługuje stanowczo na ciepłe przyjęcie i uznanie w świecie lekarskim. *Dr. Chlumský.*

IV. Wyciągi.

Legueu i Kendirdjy. **O znieczulaniu zapomocą wstrzykiwań lędźwiowych kokainy i eukainy do rdzenia.** *(La Presse médicale,* Nr. 89, 1900). Od czasu ogłoszenia przez Biera (Kilonia) sposobu znieczulania odnóg dolnych zapomocą wstrzykiwań kokainy w przestwory podpajęcze okolicy lędźwiowej rdzenia, mała tylko liczba chirurgów próbowała tej metody, a rozprawy w sekcyi chirurgicznej sierpniowego Kongresu paryzkiego nad tą nową metodą znieczulania doprowadziły do wyników mało zachęcających do jej rozpowszechnienia. Autorowie pracy, z której zamierzyliśmy zdać sprawę, zastosowali „znieczulenie lędźwiowe" w 57 przypadkach chirurgicznych i na tej podstawie zamierzyli wypowiedzieć swój sąd o tej nowej metodzie, oraz o przyczynach, dla których winna ona zająć poważne miejsce w znacznej liczbie zabiegów operacyjnych. Doświadczenia swoje rozpoczęli L. i K. z kokainą (48), w dalszym zaś ciągu zastąpili ją eukainą (9), której w tym względzie oddają pierwszeństwo, a to z powodu, że eukaina jest mniej trująca, wyjałowienie jej rozczynów o wiele łatwiejsze, a same rozczyny są trwalsze, nie rozkładają się pod wpływem wysokiej ciepłoty. Rozczyny kokainy i eukainy, użyte do doświadczeń, były 2%; rozczyn kokainy, ulegający rozkładowi w wysokiej ciepłocie, wyjaławiali autorowie sposobem Thyndala, t. j. przez ogrzanie 6—7-razowe do 60° C. Rozczyn chlorku eukainy wyjaławia się zwykłym sposobem, t. j. półgodzinnem ogrzewaniem do 100°, które powtórzyć należy w dwóch dniach następnych; do wstrzykiwań używano szklannej strzykawki Luerowskiej. Mając zamiar wykonać wstrzyknięcie, sadza się chorego na stół operacyjny i każe się mu zgarbić; następnie oznacza się linię poziomą, łączącą oba tylne grzebienie talerzy biodrowych i wyszukuje się wyrostek ciernisty w tem miejscu, gdzie wyżej wymieniona linia międzybiodrowa przecina stos pacierzowy. Stojąc po stronie lewej chorego, zaznacza operator wskazicielem lewym ten wyrostek i nakłówa przestwór międzykręgowy naprawo i wyżej od wspomnianego wyrostka; topograficznie jest to trzeci lędźwiowy przestwór międzykręgowy. Wyrostek, o którym mówimy, należy do 4-go kręgu lędźwiowego; poniżej tego kręgu mamy 4-ty, a powyżej trzeci przestwór lędźwiowy: w tym więc ostatnim jest miejsce z wyboru do nakłócia. Autorom zdarzało się jednak wykonać nakłócie z równą łatwością w 4-tym lub 2-gim przestworze, jeśli natrafiali na zbyt wielkie trudności w trzecim. W celu wykonania nakłócia zaznacza operator wskazicielem ręki lewej przestrzeń między wyrostkami ościstymi, a wskazicielem prawym wyszukuje zagłębienie w tej samej przestrzeni między wyrostkami, które znajduje się na jeden poprzeczny palec od linii środkowej: ujmuje igłę ręką prawą, przebija nią poprzednio znieczuloną chlorkiem etylu skórę, następnie przebija głębsze warstwy, kierując ostrze igły nieco ku górze i na wewnątrz; pierwszy znaczniejszy opór natrafia igła na więzie żółtym, — po przejściu którego ostrze igły dostaje się do kanału rdzeniowego, czego widomym objawem jest pojawienie się jasnych kropelek cieczy mózgowordzeniowej w otworze igły; w celu usunięcia możebnego zatkania światła igły H. i K. wstrzykują przez nią kilka kropel wody przekroplonej i wyjałowionej. Po wypłynięciu 8—10 kropel cieczy mózgowordzeniowej należy przystąpić do wstrzyknięcia; wstrzyknięcie kokainy odbywa się powolnie, poczem nie rozłączając strzykawki od igły, wyciąga się ją szybko, a otwór zamyka się kolodyonem. Srednia dawka, którą autorowie wstrzykiwali, wynosi 1 ctm. sześcienny 2% rozczynu.

Chwila, w której ma wystąpić znieczulenie, nie jest stałą: u jednych jest ono w całej pełni już po upływie 3 minut; u innych znowu trzeba przeczekać 8—10 minut, pomimo użycia silniejszej dawki kokainy. Wobec tego faktu należy badać postęp znieczulenia i rozpocząć operacyę, gdy odruchy i czucie zostają zniesione. Czas trwania znieczulenia również nie da się oznaczyć, przeto należy wyzyskać każdą chwilę dla szybszego skończenia zabiegu operacyjnego. Obszar znieczulenia jest również niejednaki i zależy od usposobienia osobniczego; dawka kokainy nie wpływa zupełnie na rozległość pola znieczulenia. W większości przypadków kokainowanie lędźwiowe znieczula obszar, którego górna linia graniczna przechodzi przez pępek; zdarza się, że znieczulenie przekracza tę linię, lecz trwa ono tu nadzwyczaj krótko, znikając z góry ku dołowi. Czas trwania znieczulenia wynosi godzinę do półtora godziny: autorowie mogli odbyć wszystkie przedsiębrane operacye przed wyczerpaniem się znieczulającego wpływu kokainy.

Na 57 przypadków, operowanych przez H. i K., zawiodły dwa: w pierwszym wypadło znacznie przekroczyć pępkową linię graniczną, w drugim niepokój chorej (nie ból) utrudniał odbycie operacyi: w obu tych przypadkach musiano się uciec do uśpienia chloroformowego. Pozostaje 55 operacyj, wykonanych w zupełnem znieczuleniu, a były to zabiegi na kończynach dolnych, w jamie brzusznej i narządzie moczopłciowym.

Do objawów, czasem towarzyszących lędźwiowemu kokainowaniu, autorowie zaliczają: ból głowy, wymioty i gorączkę; rzadziej już: bezsenność, rozszerzenie źrenic, chwilowe porażenie zwieracza rzyci. Zresztą w piśmiennictwie spotkać można wymienione rozmaite powikłania, towarzyszące znieczuleniu lędźwiowemu, jak porażenie odnóg dolnych, zaburzenia pęcherzowe i t. d., lecz są to przypadłości nader rzadkie, krótkotrwałe, niezawodnie więcej zależne od osobniczego usposobienia neuropatycznego, aniżeli od ujemnego wpływu kokainy.

Kokainowanie lędźwiowe wywołuje nietyle znieczulenie *(anaesthesis)*, ile bezboleśność *(analgesia)*, gdyż chory czuje, lecz nie cierpi bólu; operowany nietylko nie cierpi, lecz posiada zupełną świadomość, a okoliczność ta, o ile pożyteczna, o tyle często utrudnia zadanie chirurga. Dla obawiających się uśpienia chloroformowego ten rodzaj znieczulenia jest zbawienny; lecz przedstawmy sobie wszelkie operacye w jamie brzusznej lub w narządach miednicy, wykonywane na równi pochyłej głową na dół, z otwartą jednocześnie jamą brzuszną i t. d., to są takie tortury, które złamią najsilniejszego ducha i dlatego, ze względów moralnych, nie należy przedsiębrać tego rodzaju operacyj w znieczuleniu lędźwiowem. Uznawszy ważność tej strony ujemnej, wszystkie inne względy przemawiają za nową metodą znieczulania: bezbolesność jest zupełna, chory może posilać się przed i po operacyi i nie ulega licznym a przykrym następstwom chloroformowania. Oczywiście znieczulenie w zakreślonym obszarze, jakie sprowadza kokainowanie lędźwiowe, nie zastąpi ogólnego znieczulenia chloroformowego, przeznaczonego do wszystkich operacyj bez wyjątku; lecz dla wielu zabiegów na obszarze, sięgającym po pępek, znieczulenie lędźwiowe jest już dziś nieocenionym nabytkiem dla chirurgii i cierpiącej ludzkości. *A. K.*

Hodlmoser (Wiedeń). **W sprawie rozpoznawania ukrytego raka przełyku.** *(Wiener klin. Wochenſt.* Nr. 44, 1900). Autor szczegółowo opisuje dwa przypadki raka przełyku z zejściem śmiertelnem, w których za życia nie postawiono pewnego rozpoznania. Wszystkie objawy wskazywały na obecność nowotworu w przewodzie pokarmowym; — z uwagi jednak, że nie było jednego ważnego objawu, a mianowicie utrudnionego połykania, nie zachodziła potrzeba badania zgłębnikiem. Wprawdzie w jednym z tych przypadków istniało porażenie prawego nerwu zwrotnego, które nasuwało myśl o jakimś możebnym nowotworze przełyku, atoli w tym przypadku zaniechano zgłębnikowania i ezofagoskopii, ze względu na możliwe przerzuty w szyjnej części kręgosłupa, tem bardziej, że na wątrobie były guzy macalne, które przypuszczalnie przyjmowano za punkt wyjścia sprawy chorobowej. Wobec tego słusznie wnosi autor, że pomimo braku kardynalnych objawów istnienie porażenia nerwu zwrotnego już samo przez się może przemawiać za nowotworem przełyku, w czem jeszcze ezofagoskopia może poprzeć badacza, jeśli nie jest przeciwwskazaną innemi możliwemi powikłaniami. *Dr. Henryk Pisek.*

H. Hinterstoisser. **W sprawie techniki łączenia odcinków jelitowych.** *(Wiener klin. Wochenschrift,* Nr. 45, 1900). H. zestawia wszelkie znane w piśmiennictwie sposoby łączenia odcinków jelitowych, którymi obecnie rozporządza chirurgia. W szczególności uwzględnia autor sprawę resekcyi kiszki grubej. Zaznaczyć należy, że H., który dawniej (o ile sprawozdawca wnosi z pracy autora w *Wiener klin. Wchschrft.* Nr. 21, 1896) był zwolennikiem guzika Murphyego, w ostatnich czasach stosowania jego zupełnie zaniechał. Skłoniło go do tego spostrzeganie przypadku, w którym pętla jelita cienkiego, pociągnięta ciężarem guzika ku jamie Douglasa, w tem miejscu uległa zagięciu i spowodowała ostrą niedrożność, zakończoną zejściem śmiertelnem. W dołączeniu znajduje się dokładny opis 5-ciu przypadków resekcyi jelita. *Urbanik.*

L. Kirchmayr. **Przyczynek do kazuistyki podskórnych pęknięć ścięgien.** *(Wiener klin. Wochenschrift,* Nr. 45, 1900). W sprawie tej wypowiada autor następujące uwagi: typowe rozdarcie ścięgien mięśni wyprostnych palców ponad stawem końcowego członu palca, zostaje wywołane przez uraz, działający na palec wyprostowany w pierwszym stawie międzyczłonowym w ten sposób, że człon końcowy gwałtownie zostaje zgięty. Wyjątkowo tylko urazy bezpośrednie spowodować mogą podobne zranienie. Podskórne, odosobnione rozdarcia długich, wolno się przesuwających ścięgien, przydarzają się prawie bez wyjątku tylko w ścięgnach chorobowo zmienionych. Możliwości rozdarcia ścięgien zdrowych pod wpływem bardzo gwałtownych urazów zaprzeczyć nie można. Wyrwanie końcowego członu palca, wraz z przynależnem ścięgnem zginacza, przydarza się jako zranienie typowe w tym razie, jeżeli siła pociągająca zadziała nagle lub zwolna na człon końcowy palca po poprzedniem szerokiem otwarciu sąsiedniego stawu od strony grzbietowej. *Urbanik.*

W. Körte: **Przypadek tętniaka tętnicy biodrowej zewnętrznej; pęknięcie jego i następowe podwiązanie tętnicy biodrowej wspólnej i tętnicy głównej.** *(Deutsche med. Wochenschrift,* Nr. 45, 1900). Od roku 1817, w którym A. Cooper po raz pierwszy podwiązał tętnicę główną, wykonano zabieg ten dotychczas 13 razy. Wskazaniem operacyjnem były prawie we wszystkich przypadkach tętniaki. Najdłużej przeżył operacyę chory Tillauxa (39 dni); chory Monteiroa żył 11 dni. Wobec tej szczupłości kazuistyki zasługuje opisany przez K. przypadek na szczegółowsze przytoczenie. Dotyczył on 28-letniego mężczyzny, u którego na miesiąc przed zgłoszeniem się do K. pojawił się w okolicy pachwinowej prawej guz tętniący. Po dłuższej jeździe na kole wystąpił nagle gwałtowny ból, umiejscowiony dokładnie w okolicy wspomnianego guza. Badanie wykazywało obecność guza tętniącego, usadowionego nad prawym więzem Pouparta. W dalszym ciągu guza daje się wyczuć opór, sięgający w głąb ku nerce. W uwzględnieniu objawów miejscowych rozpoznanie K. brzmiało: krwiak z tętniaka prawej tętnicy biodrowej zewnętrznej. Operacya: cięcie laparotomijne w linii środkowej; po rozsunięciu pętli jelitowych odsłonięto i podwiązano tętnicę biodrową wspólną; K. zaniechał wyłuszczenia samego tętniaka, jakkolwiek dostęp do niego był łatwym, z powodu, iż zachodziłaby w takim razie konieczność podwiązania tętnicy miednicowej i udowej. Po podwiązaniu ściany tętniaka się zapadły, tętnienie ustało. Zaburzeń w krążeniu nie było. W 3 dni po operacyi pojawiły się krwawe stolce, obok szeregu objawów, przemawiających za stanem porażnym pętli jelitowych. Przypady te po kilku dniach ustąpiły. Stan ogólny chorego tylko zwolna się poprawiał, krwiak się nie zmniejszał, kończyna ustawiała się w zgięciu w stawie biodrowym. Z powodu ponawiających się gwałtownych bólów uważał K. w 37 dni po operacyi pierwszej za wskazane przystąpić do wypróżnienia krwiaka, zwłaszcza, że można było wykluczyć istnienie bezpośredniego połączenia między krwiakiem a krążeniem tętniczem. Po nacięciu wydobyto bardzo znaczną ilość świeżo skrzepłej krwi, guz się zmniejszył, kończyna wyprostowała. Skoro jama już w znacznej części była ze skrzepów opróżnioną, pojawił się nagle gwałtowny krwotok tętniczy. Wobec tego, że odszukiwanie naczynia w dużej jamie, wypełnionej skrzepami i ustawicznie krwią zalewanej, byłoby postępowaniem marnującem dużo czasu i niepewnem, przedłużył K. cięcie laparotomijne ku pępkowi, rozsunął jelita, przeciął blaszkę otrzewnej, odsłonił i podwiązał tętnicę głowną, poczem krwotok natychmiast ustał. Skrzepy wygarnięto, rany zaszyto. Chory zmarł w godzinę po operacyi. Sekcya wykazała: niedomykalność zastawek tętnicy głównej, tętniak części wstępującej, mniejsze tętniaki tętnic biodrowej zewn., udowej i głębokiej uda po stronie prawej. Objawów kiły, ani też innych szczegółów anatomicznych, któreby stanowić mogły podstawę dla wyjaśnienia przyczyny tych zmian w zakresie narządu krążenia, nie wykazano. *Urbanik.*

Brück (Berlin). **Plamica gośćcowa a zapalenie migdałków.** *(Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 45, 1900). Dotychczasowe piśmiennictwo wykazuje już sporą liczbę przypadków, z których wyraźnie poznać można, że między gośćcowem zapaleniem stawów, a zapaleniem migdałków, zachodzi przyczynowy stosunek. Wszyscy ci autorowie (Buss, Suchanek, Sahli i t. d.) przyjmują wprawdzie zakaźne pochodzenie gośćca stawowego, ale wywołanego nie przez swoiste lecz przez mniej lub więcej osłabione drobnoustroje ropnicy, które drogą migdałów dostały się do ustroju. Okoliczność ta wskazywałaby, że ostry gościec stawowy nie jest niczem innem, jak tylko ropnicą o bardzo słabem nasileniu, za czem przemawiają występujące przy tem cierpieniu powikłania, a przedewszystkiem zapalenie śródsierdzia. Pojęcia te zyskały sobie prawo obywatelstwa nie tylko dla ostrego gośćca stawowego lub mięśniowego, ale i dla niektórych cierpień skóry, stojących w pewnym związku z gośćcem. Tu należą: rumień węzłowaty (erythema nod.), rumień różnokształtny wysiękowy (e. multiforme exsudativ.) i plamica gośćcowa (purpura rheumat.). Tej ostatniej przytacza autor 4 przypadki, które się rozpoczęły zapaleniem migdałków, poczem wystąpiły typowe objawy plamicy gośćcowej. Na zasadzie więc znanych z piśmiennictwa przypadków i tych czterech własnych, przyjmuje autor, że mieszkowe zapalenie migdałków, ostry gościec stawowy i mięśniowy, jak i niektóre cierpienia skórne, etyologicznie do siebie należą, czyli że są wyrazem zakażenia drobnoustrojami ropotwórczymi. W całości zaś rzecz biorąc mamy obraz ogólnego zakażenia ustroju, którego objawy przedstawiają się jako zapalenie stawów i mięśni, wybroczyn krwawych skóry, błon śluzowych i narządów wewnętrznych, a spowodowane pierwotnem i zakaźnem zapaleniem migdałków.

Dr. Henryk Pisek.

A. Schiller: **O użyciu nitek ze ścięgien renów, jako materyału do podwiązywania i szycia ran** *(Münch. med. Wochenschrift,* Nr. 45, 1900). W ostatnich czasach polecił Sniegirew użycie nitek ze ścięgen renów, jako materyału do podwiązywania naczyń i szycia ran (por. sprawozd. w „Przegl. lek." Nr. 16, 1900). Próby, przeprowadzone przez autora w klinice Czernyego wykazały, że materyał ten nie posiada takich zalet, któreby skłaniały do zastąpienia nim katgutu. *Urbanik.*

H. Kümmell. **Oznaczanie ciepłoty marznięcia krwi i moczu celem stwierdzenia sprawności nerek przed zabiegami operacyjnymi.** *(Münch. med. Wochenschrift,* Nr. 44, 1900).

L. Thumim. **Wycięcie nerki z powodu kamiczego zapalenia miedniczek i nerki.** *(Berl. klin. Wochenschrift,* Nr. 45, 1900).

Celem stwierdzenia sprawności, względnie niedomogi nerek, należy w pierwszym rzędzie oznaczyć ilość wydzielonego z moczem mocznika, oraz ciepłotę marznięcia krwi i moczu, wreszcie badać mocz z każdej nerki z osobna po poprzedniem wprowadzeniu do ustroju pewnych środków chemicznych, jak n. p. błękitu metylowego lub florydzyny. Pierwsza z wymienionych prób jest najprostszą, ale zarazem najmniej pewną. Ogólnie przyjąć można, że zmniejszenie ilości wydzielonego w ciągu doby mocznika poniżej przeciętnej połowy (15—16 grm.) przemawia za niedomogą nerek; ostrzegać więc powinno przed podjęciem poważnego zabiegu, jakim jest wycięcie nerki. Ten sposób badania K. zwykle nie zawodził. Bezsprzecznie ściślejszym środkiem badania jest oznaczanie ciepłoty marznięcia krwi i moczu. Krew i mocz podlegają prawom przenikania. Ciśnienie osmotyczne pozostaje w stosunku prostym do ilości zawartych w płynie drobin; ilość zaś tych drobin oznaczoną być może obniżeniem punktu marznięcia. Im większą jest ilość tych drobin, tem niższą jest ciepłota marznięcia. Z badań Korànyiego i autora wynika, że ciepłota marznięcia krwi człowieka jest w warunkach prawidłowych wielkością stałą, wynosi ona mianowicie —0.56° C. poniżej punktu marznięcia wody przekroplonej. Wahania między 0·55° a 0·57 nie przekraczają jeszcze granic fizyologicznych. Obniżanie się punktu marznięcia do 0·58°— 0·60° i poniżej przemawia za wadliwą czynnością nerek. Należy więc w tym razie wstrzymać się z podjęciem zabiegu operacyjnego, dopóki ciepłota marznięcia nie dojdzie w przybliżeniu do 0·56°. Jedna nerka zdoła, jeżeli tylko jej czynność wydzielnicza jest prawidłową, utrzymać ciepłotę marznięcia krwi na wysokości 0·56°. Mniej ścisłe wyniki daje badanie marznięcia moczu, gdyż tu, według badań Korànyiego, Albarrana i innych, dane fizyologiczne wahają się w szerokich granicach. W każdym razie pozwala obniżenie ciepłoty marznięcia moczu do —0·9° przypuszczać z pewnem prawdopodobieństwem istnienie niedomogi nerek. Pewności w tym względzie udzielić może porównawcze badanie moczu, otrzymanego oddzielnie z każdej nerki zapomocą cewnikowania moczowodów. Za najodpowiedniejszy przyrząd do wykonywania badań nad marznięciem uważa K. podany przez Beckmanna.

Ostatni z wymienionych na wstępie sposobów badania zastósował w swoim przypadku Thumim. Przypadek ten dotyczył 31-letniej kobiety, która zgłosiła się z objawami, skłaniającymi autora do rozpoznania prawostronnego zapalenia miedniczek i miąższu nerki na tle kamicy. Punkt marznięcia krwi: 0·60°. Opierając się na doświadczeniach Caspra i Sichtera, którzy wykazali, że florydzyna pobudza nerki do wytwarzania cukru, przyczem nerka zdrowa oddziaływa dodatnio, a nerka chora, zależnie od stopnia schorzenia, mniej lub więcej ujemnie, zastosował T. podskórne wstrzyknięcie florydzyny. W 20 minut potem założono cewniki do moczowodów. Badanie moczu w kierunku zawartości cukru dało w moczu z nerki prawej wynik ujemny, z nerki lewej wyraźny wynik dodatni. Odczyn florydzynowy upewnił więc autora co do sprawności nerki drugiej. Wykonano wycięcie nerki. Przebieg pooperacyjny był zupełnie bez zaburzeń. *Urbanik.*

Docent W. N. Dołhanow. **Przypadek jednoczesnego krwawienia miesiączkowego z pochwy i ze skóry powiek lewego oka.** *(Wracz* Nr. 37, 1900). Chora 25-letnia, zamężna, z wybitnymi objawami histeryi, zgłosiła się do autora ze skargą na silne tępe bóle w oczach i dookoła ócz, dodając, że już od 4 lat przy każdej miesiączce występują krwawienia z lewego oka, które bywają poprzedzane przez silne bóle w oku, zmniejszające się znacznie po rozpoczęciu się krwawienia. Poprzednio przez jakiś czas krwawienia z pochwy chora nie miewała natomiast we właściwym czasie krwawiła z gardła; we wczesnej młodości, podczas prawidłowych zresztą krwawień przez pochwę, chora miała dostrzegać silne zaczerwienienie oka. Autor poddał chorą dokładnej obserwacyi podczas peryodu: założona na oko opaska po upływie dwóch godzin (przez cały ten czas chorej nie spuszczano z oczu) całkowicie została przesiąknięta krwią; po obmyciu oka chorej zauważył autor po upływie 20 minut krew na skórze powiek po stronie nosowej w postaci drobniutkich czerwonych kropek; krew ta szybko krzepła i ciemniała tak, że po upływie następnych 20 minut cała nosowa powierzchnia powiek była pokryta różnej wielkości skrzepami krwi, pomiędzy którymi

znajdowało się nieco skrzepłego włóknika, pokrywającego skórę, o wejrzeniu zupełnie prawidłowem; jednocześnie poczęły występować na podobieństwo potu kropelki krwi po stronie skroniowej powiek; na spojówce powiek znalazł autor cieniutki skrzepik krwi. W następnych 20 minutach wydzielanie krwi znacznie się wzmogło i krew wąziutką strugą spływała wzdłuż nosa. Według podania chorej każde wzburzenie miało powodować zwiększanie się krwawienia. Badanie drobnowidowe wypływającej ze skóry krwi wykazało zmniejszenie zdolności ciałek czerwonych układania się w rulony i mniejszą ilość ciałek białych; badania drobnowidowego skóry nie można było wykonać, gdyż chora nie zgodziła się na wycięcie jej skrawka. Przypadek powyższy, jedyny w piśmiennictwie, różni się od innych także i tem, że o krwawieniu zastępczem tutaj mowy być niemoże; krwawienia z pochwy u chorej tej występują we właściwym czasie i obficie; wobec czego autor sprawę tę uważa za niezwykły odruch naczynioruchowy. Chora ta cierpiała na przewlekłe zapalenie błony śluzowej macicy; wyskrobanie macicy nie wpłynęło jednakże zupełnie na dalsze wydzielanie się krwi ze skóry powiek podczas miesiączkowania. *Dr. Gliński.*

Lewinson. **W sprawie sposobów barwienia tłuszczu.** (*Wracz*, Nr. 39). Wobec różnych braków, którymi się odznaczają powszechnie używane sposoby barwienia tłuszczu, poleca autor następującą metodę, stanowiącą pewną odmianę znanego sposobu Woltera barwienia włókien rdzennych. Kawałki dość nawet duże, byleby nie były zbyt grube (¼—½ ctm.) należy ustalać w płynie Müllera przez 2—5 tygodni (zależnie od grubości kawałka) poczem odwadnia się je w wyskoku, poczynając od 70% i zatapia w celoidynie. Skrawki barwimy hematoksyliną Kulczyckiego przez 12 godzin w ciepłocie 40° C, przepłókujemy je wodą i odbarwiamy następnie początkowo 1% rozczynem nadmanganianu potasowego (10—15 min.) po opłókaniu zaś ponownem w wodzie — 2% rozczynem kwasu szczawiowego (5 minut). Kropelki tłuszczu barwią się szarawo-fiołkowo, podczas gdy tkanki odbarwiają się całkowicie, jedynie tylko włókna rdzenne pozostają niekiedy szarawo zabarwione. Do podbarwiania tkanek używa autor silnych rozczynów karminu.

Podany przez Lewinsona sposób ma posiadać następujące zalety: 1) tłuszcz barwi się w całym kawałku, aż do najdrobniejszych kropelek; 2) zabarwienie tłuszczu utrzymuje się długo; 3) kawałki ustalone w płynie Müllera mogą być badane na tłuszcz i po dłuższem leżeniu; 4) sposób ten jest tani i łatwy do wykonania. (Celem wypróbowania tego sposobu rozpocząłem już próby w zakładzie prof. Browicza, których wynik podam wkrótce do ogólnej wiadomości. Sprawozd.) *Dr. Gliński.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Siebert. **Krótkie doniesienia w sprawie leczenia chorób skórnych.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 43, 1900).

1. Doświadczenia z epikaryną w świerzbie. Autor stosował 10% maść epikaryny (przetwór naftolowy) wyłącznie w tych przypadkach, w których z wszelką pewnością świerzb rozpoznano. Bez poprzedniej więc kąpieli nacierano w zwykły sposób raz dziennie (w ciągu 3 dni) całe ciało rzeczoną maścią, z szczególnem uwzględnieniem części zajętych, a dopiero w 4-ym dniu otrzymywał chory kąpiel oczyszczającą. Wyniki były wcale pomyślne, swędzenie wkrótce ustępowało, a czas trwania cierpienia o wiele krótszy, aniżeli przy innym sposobie leczenia. Szkodliwych przypadłości ubocznych nie zauważono (mocz skrupulatnie badano). Autor wreszcie zaznacza, że epikaryna jest środkiem pewnym, wygodnym i skutecznym.

2. W nieżycie pochwy i sromu (vulvovaginitis), pojawiającym się u młodych dziewcząt, wkraplał Siebert do pochwy zwykłą strzykawką używaną do leczenia rzeżączki, 0,5%—1% rozczyn protargolu, przytrzymując następnie wargi sromowe tak, by lek przeciętnie 10 minut działał na błonę śluzową pochwy; zabieg ten w ciągu 3 dni każdodziennie powtórzony, wykonywano 3 razy na dobę. Obok tego stosowano codziennie pełną kąpiel lyzolową lub z odwaru kory dębowej, poczem wkładano między wargi sromowe wacik borowy. Już w 3-im lub 4-ym dniu takiego leczenia wydzielina pochwowa znikała, niemniej i nieznośny świąd i wszystko wracało do stanu prawidłowego; w przypadkach zaś, w których staranne badanie drobnowidowe stwierdzało jeszcze gonokoki, stosował autor obok protargolu 1% rozczyn karbolowy siarkanu cynkowego, dwa razy dziennie po 10 minut. Powikłań żadnych nie było. *Dr. H. Pisek.*

Flesch (Wiedeń) **Nowy przetwór „Kola" do leczenia czynnościowych schorzeń nerwowych.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 43, 1900). Jednym z najlepszych, obecnie używanych środków wzmacniających układ nerwowy jest kola, uzyskane z nasion rośliny afrykańskiej *sterculia acuminata.* Podawanie tego przetworu w proszku (4—8 grm. dziennie), lub jako *vinum kolae simplex*, znakomicie skutkowało w tych postaciach trwogi nerwowej, które bywały następstwem ustrojowych lub czynnościowych zaburzeń krążenia; również szybko i trwale ustępowały przypadłości nerwowe, powstałe na tle niedokrwności pierwotnej lub następowej, jak niemniej nerwice, wywołane upośledzoną czynnością narządu płciowego (niezdolność płciowa). Ponieważ wiadomą jest także rzeczą, że i strychnina korzystnie działa w rozmaitych stanach chorobowych układu nerwowego, dlatego autor połączył obydwa te środki, dodawszy kwasu glicerynowo-fosforowego i utworzył nowy przetwór pod nazwą *Syrupus kolae compositus* „Hell," którego skład jest następujący:

Rp.	*Chinini ferrocitrici*	*2·50*
	Strichnini nitrici	*0·075*
	Extr. Kolae fluidi	*25·00*
	Natri glycerino-phosphorici	*25·00*
	Solve leni calore in	
	Syr. Aurantiorum	*200·00*

M. D. S. 3 łyżki dziennie po jedzeniu zażywać. Środek ten wystarczający zwykle na 12—14 dni, ma właśnie tę zaletę, że wszystkie za skuteczne obecnie uznane środki podniecające, wchodzące w skład przetworu, równocześnie wywierają swój pomyślny wpływ, co też autor na blizko 100 najrozmaitszych postaciach chorób nerwowych istotnie sprawdził. Cena jednej flaszki (250,00) wynosi 4 korony. *Dr. Henryk Pisek.*

Kreozoform należy do najnowszych połączeń kreozotu, którego zawiera 96%; jest to proszek bez smaku i woni, nie ma posiadać żadnego działania ujemnego tak, że dziennie można go podawać chorym po 2·0—4·0. Dr. Petit sądzi, że przetwór ten może korzystnie zastąpić jodoform. (*Le progrès méd.* Nr. 43). *A. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 7 listopada 1900 r.

Przewodniczący kol. prof. Jordan.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Kader przedstawia 5 przypadków ze stałej kliniki chirurgicznej: przypadek pierwszy przedstawiał zwężenie cewki z przetokami w okolicy mosznowej, powstałe wskutek stulejki znacznego stopnia. Po usunięciu stulejki i wykonaniu uretrotomii wewnętrznej, wyciął następnie zbliznowaciałą część cewki i pokrył jej przednią ścianę płatem skóry, wziętym z moszny, który wrósł i tworzy rynienkę. niejako część przedniej ściany cewki, bo tylnej ściany w miejscu tem zupełny brak. Chory oddaje mocz przez cewnik, założony komornem (à demeure). Chorego operował w czerwcu b. r.; w niedalekiej przyszłości ma przystąpić do głównej części operacyi, mianowicie do wytworzenia brakującej części ściany cewki.

Przypadek drugi przedstawiał torbiel skórny wielkości małego jabłka usadowiony na czole, nieco na zewnątrz od guza czołowego prawego. W miejscu usadowienia guza jest ubytek blaszki zewnętrznej kości czołowej odpowiadający równikowi torbiela, z którego obwodu sterczą ku środkowi ostre wyrośla kostne, których prelegent przy przyszłej operacyi usuwać nie będzie, lecz zużyje je przynajmniej do częściowego pokrycia ubytku kostnego. Przy rozpoznawaniu guza, myślał prelegent o możliwości śródczaszkowego jego pochodzenia.

Przypadek trzeci przedstawiał nadliczbowe żebro szyjne. Przypadek czwarty odnosił się do naczyniaka limfatycznego (Lymphangioma faciei) bardzo wielkich rozmiarów. Przypadek piąty dotyczył stężenia (Ankylosis) obu stawów szczękowych po przebytej chorobie zakaźnej, nieznanej natury,

W dyskusyi zapytuje się kol. Doc. Kryński, w jaki sposób myśli użyć ostrych wyrośli kostnych do pokrycia ubytku kostnego w przypadku drugim i jakie znaczenie właściwie mieć będzie pozostawienie tychże, wobec tego, że blaszka wewnętrzna i warstwa gąbczasta są zachowane? Dalej zapytuje, jakie leczenie zastosuje w przypadku naczyniaka limfatycznego twarzy? Kol. Kader w odpowiedzi na 1-sze pytanie oświadcza, że myśli wyrośle kostne ponacinać u nasady i wgiąć je wraz ze skórą na dno ubytku. Myśl tę podjął jedynie na przypadek, gdyby ubytek kości był zbyt duży. Naczyniaka limfatycznego leczyć będzie przez wycinanie pasów.

III. Kol. Lewkowicz miał wykład »O etyologii zapaleń mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego«, na podstawie spostrzeżeń dokonanych w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego, przedstawiając przy tej sposobności preparaty i hodowle *meningococcus intracellaris i pneumococus*, które otrzymał z płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadkach zapaleń ostrych.

(Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Gertler, Doc. Raczyński, Herman Hirsch, prof. Bujwid i Droba. Kol. Gertler przypomina swój odczyt na tegorocznym Zjeździe lek., w którym starał się wykazać, że paciorkowiec może przechodzić w formę pneumokoka Fränkla i na odwrót i nawiązując do niego i do odczytu kol. Lewkowicza rzuca przypuszczenie, iż wszystkie formy diplokoków paciorkowców i meningokoków Weichselbauma uważaćby można za pochodne z pewnej formy paciorkowca odpowiednio wzmocnionego, zwłaszcza, że udało mu się po wszyknięciu jedenastego pokolenia paciorkowca, 12-temu królikowi znaleźć we krwi serca paciorkowce, podczas gdy pod oponą twardą znalazł tylko diplokoki z wyraźnymi otoczkami, niczem się nie różniące od diplokoków Fränkla (przedstawia odpowiednie preparaty i hodowle)

Kol. Doc. Raczyński zaznacza, że z dotychczasowych badań bakteryologicznych nie wyciągnięto jeszcze obecnie właściwie żadnych korzyści klinicznych, gdyż pomijając sam dotychczasowy podział tych chorób, nie mający do dziś dnia racyonalnej podstawy, także rokowanie i rozpoznawanie nie wiele się posunęły naprzód. Dalej zapytuje kol. prelegenta, w jaki sposób tłómaczy uogólnianie się gruźlicy z pierwotnej gruźlicy opon mózgowych.

Kol. Herman Hirsch zapytuje, czy ze względu na wiek dziecięcy nie było wskazanem nakłócie w innem miejscu, aniżeli to ogólnie jest przyjętem? czy kolega prelegent nie zauważył, jak wielkie były w różnych chorobach wahania, zależne od tętna? za jak wielkie przeciętnie uważa ciśnienie prawidłowe w wieku dziecięcym czy wreszcie nie było wypadków, w których po nakłóciu wydostać nie mógł płynu mózgowo-rdzeniowego?

Dalej zaznacza co następuje: Bakteryologiczne badania, aczkolwiek ważne, nie mogły zaspokoić wymagań klinicznych, że pewnemu obrazowi bakteryologicznemu nie odpowiada taki sam stały kliniczny, że w jednym przypadku »meningococcus« w innym »pneumococcus«, w trzecim »streptococcus« o różnem nasileniu zupełnie taki sam przebieg kliniczny wywołać mogą, że nawet podczas tej samej epidemii nagminnego zapalenia opon mózgowych i w tych samych miejscowościach znaleziono w jednym przypadku dwoinki Weichselbaumowskie, w innych lasecznik Fränkla. Nadto Lenhazy wykazał w jednym płynie lasecznik duru brzusznego, choć przy sekcyi nie było żadnych owrzodzeń w jelitach.

Mimo tych, na razie ujemnych wyników ze stanowiska bakteryologicznego, nakłócie opon rdzeniowych ma swoje znaczenie rozpoznawcze i w rozpoznaniu różniczkowem może nieraz znaczne oddać usługi, skoro i pod rozwagę weźmiemy histologiczne zmiany, jak również fizyczne zachowanie się płynu.

Prawidłowy płyn mózgowo-rdzeniowy jest przeźroczysty, zawiera małą ilość białka, pojedyncze limfocyty i nabłonki, nie zawiera zaś bakteryi. Według obliczenia Kroniga płyn mózgowo-rdzeniowy pozostaje w stosunkach prawidłowych pod ciśnieniem, odpowiadającem przeciętnie ciśnieniu wody w manometrze 125 mm. w położeniu poziomem,
410 » » pionowem.

W manometrze możemy zauważyć wahania, zależne od tętnienia tętnic na podstawie mózgu (wahania zależne od oddechania są na razie bez znaczenia rozpoznawczego). Wahnienia te wynoszą 2—5 mm. wody zmniejszają się przy zmniejszeniu napięcia w tętnicach, a wzmagają się z podniesieniem takowego, a przy uwzględnieniu ich powstania, dają one same przez się obraz wolnej komunikacyi między płynem mózgu i rdzenia.

Nie odbiegający od prawidłowego obraz histologiczny, w przypadkach wątpliwych między przekrwieniem mózgu z następowym obrzękiem a sprawą zapalną, przy wspólnem dla obu zmian wysokiem ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego, wyklucza sprawy zapalne. Przy chorobach zakaźnych, w przebiegu których występują objawy mózgowe, albo przy nowotworach mózgowych nasuwa się nieraz pytanie, czy wysokie ciśnienie pochodzi od wikłającego zapalenia opon mózgowych surowiczego czy od zastoiny uciskowej.

Pouczającym jest przypadek Oppenheima, przedstawiony w Towarzystwie lekarzy w Berlinie w roku 1897: Chory liczący lat 22, z obustronnem ropnem zapaleniem ucha środkowego, okazuje wybitne objawy mózgowe, jak bóle głowy, wymioty, dwuwidzenie, chód niepewny, tarczę zastoinową, obok zupełnie prawidłowo się zachowującej ciepłoty ciała. Wahało się rozpoznanie między zapaleniem opon surowiczem, guzem mózgowym i wodogłowiem nabytem. Po upuszczeniu 60 sztm. płynu nie bardzo przeźroczystego objawy uciskowe się zmniejszyły, tarcza zastoinowa ustąpiła. Po półtorarocznej obserwacyi można było dopiero rozpoznać przewlekłe zapalenie opon mózgowych surowicze. Wątpliwości tego rodzaju badanie histologiczne usunąć może z wielkiem prawdopodobieństwem.

U chorych z blednicą występują nieraz gwałtowne bóle głowy, oraz obrzęk tarczy nerwu wzrokowego. Czy ten obraz chorobowy wywołanym jest przez „oedema cerebri angio neuroticum“ Quinckego, czy przez zakrzep w zatoce, jak tłómaczy Leharz, nie teraz nam rozstrzygać wypada; w każdym razie badanie histologiczne płynu okaże składniki prawidłowe przez co odróżnić można objawy te od podobnych objawów w surowiczem zapaleniu opon mózgowych.

W zapaleniu opon mózgowych surowiczem znajdujemy ilość limfocytów znacznie zwiększoną, nabłonków stosunkowo nie wiele, pojedyncze ciałka krwi; ilość tych ostatnich zwiększa się przy ostrych zapaleniach. W ropnych postaciach znajdujemy liczne ciałka białe, dużo przybłonków zmienionych, a w gruźliczych, obok zmian różnych zależnych od trwania także i neutrofile. Że można znaleźć i resztki włókien nerwowych, zawierających myelinę (rozpad), lub nawet części nowotworów, jeżeli takowe ulegają rozpadowi, choć podobnych opisów w literaturze mnie dostępnej nie zauważyłem. Znalezienie jednak hematoidyny lub hemosidezyny, świadczy o przebytem krwawieniu i może posłużyć do rozróżnienia u porażonych krwotoku mózgowego od zakrzepu lub zatoru.

Wreszcie możemy przy punkcyi znaleźć płyn krwawy, szczególnie przy krwotokach na obwodzie mózgu, lub przy złamaniach kości czaszki, jak to spostrzegł Fürbringer.

Tyle co do histologicznego badania płynu. Zauważyłem już przedtem, że wahania płynu w manometrze, zależne od tętnienia tętnic na podstawie mózgu, same przez się już świadczą o wolnej komunikacyi płynu z mózgu do rdzenia; jeżeli one są mniejsze, niż prawidłowe, przy prawidłowem napięciu tętnic obwodowych, to przemawia to za utrudnieniem przepływu płynu; jeżeli są większe, to one, jak słusznie prelegent w danej mi odpowiedzi zaznaczył, mogą pochodzić z guza tętniczego w mózgu, albo z rozdęcia tętnic na podstawie mózgu (tętniak) jak to opisał podobny przypadek Kronig (aneurymata fusiformia arteriarum vertebralium).

Zmniejszenie się lub ustanie wahań w manometrze podczas wpuszczania płynu świadczy, że komunikacya została przerwaną. Taki przypadek opisał Kronig: przy początkowem ciśnieniu 100 mm. wody, po wpuszczeniu 5 sztm. płynu, wahania w manometrze ustały; zaprzestano dalszego wpuszczania płynu, chory umarł po kilku godzinach, a sekcya wykazała, że przyczyną przerwy był wklinowany i aspirowany bąblowiec do komórki 4-tej, który uciskał na naczynia krwionośne i chłonne, a aspiracyę umożliwiło zmniejszenie się napięcia płynu w jamie opon rdzeniowych.

Dla spóźnionej pory pomijam dalsze szczegóły i wnioski, a re asumując powiedziane, zaznaczam, że: 1) nakłócie opon rdzeniowych ma dosyć rozległe znaczenie rozpoznawcze; 2) że nietylko wynik do datni, ale bardzo często i ujemny tak co do zmian histologicznych, jak i fizycznego zachowania się płynu, w uwzględnieniu innych objawów chorobowych, może niejednokrotnie ułatwić rozpoznanie i nieraz od błędu uchronić.

Kol. prof Bujwid omawia bakteryologiczną część odczytu kol. Lewkowicza, podnosząc, że badania bakteryologiczne w tym kierunku mogą, jeżeli nie teraz, to w przyszłości, dostarczyć znacznych korzyści klinicystom, — wreszcie popiera wyniki badań kol Gertlera, zaznaczając, że w niektórych przypadkach otrzymał kol. Gertler postacie paciorkowca, w niczem nie różniące się od pneumokoka. Kol. Droba podnosi, że w badaniach kol. Gertlera nie mogą rozstrzygać takie cechy, jak w dyskusyi podnoszono; — tu najwłaściwszem powinno być pytanie, czy taki zmieniony paciorkowiec wywołał kiedy w doświadczeniach kol. Gertlera typowe zapalenie płuc.

W odpowiedzi podnosi kol. Bujwid, że czasem były zmiany w płucach w postaci maleńkich ognisk, podobnych do ognisk zapalnych, że nic jednak stanowczego w tym kierunku powiedzieć nie można.

Po odpowiedzi kol. Lewkowicza na poszczególne punkta, podniesione w dyskusyi — zamknięto obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

(Ciąg dalszy).

Péraire (Paryż): *Trepanacya z powodu starych obrażeń czaszki.* Mówca opisuje dwa ciekawe przypadki: w jednym z nich istniały ciężkie objawy zapalenia mózgu, które się rozwinęły po obrażeniu czaszki przed 7-miu laty. Operacya wykazała ropień, który wypróżniono, a potem sączkowano. Nastąpiło zupełne wyleczenie. W przypadku drugim pocisk rewolwerowy spowodował objawy mózgowe, które po wyciągnięciu kuli zupełnie ustąpiły. Pocisk tkwił w mózgu 12 lat bez żadnych objawów.

Codivilla (Bolonia): *Technika kraniotomii.* Mówca przedstawia kraniotom i czaszkę małego dziewczęcia, które zmarło w $1\frac{1}{2}$ roku po kraniotomii na ogólną gruźlicę i wykazuje na podstawie niej zalety kraniotomu, polegające na tem, że robi cięcie równo bez żadnej utraty substancyi kostnej. Zasada jego polega na tem, że mały stalowy nóż po 6—10 silnych pociągnięciach w jednem i tem samem miejscu przecina kość zupełnie.

Nanu (Bukareszt): *Czasowa kraniotomia w przypadkach ropni mózgowych.* Mówca opisuje przypadek ropnia mózgowego po zapaleniu ucha środkowego po stronie prawej, w którym wykonał najpierw otwarcie wyrostka sutkowego, a następnie, gdy w nim nie znalazł ropy, otworzył czaszkę i zrobił nakłócie płatu skroniowego mózgu, z wynikiem dodatnim. Po wypuszczeniu ropy zamknął zupełnie ranę czaszki, sączkując jamę ropnia przez mały otworek, pozostawiony w tylnym kącie rany. Mówca poleca gorąco opisane postępowanie.

Fedor Krause (Berlin): *O wynikach śródczaszkowego wycinania nerwu trójdzielnego na podstawie 24-ch operowanych przypadków.* Śródczaszkowe wycinanie poszczególnych gałęzi nerwu trójdzielnego jest ze względu na leczniczy wynik zabiegiem niepewnym, ztąd należy w przypadkach, w których wskazanym jest tak ciężki zabieg, jak otwarcie czaszki, usuwać zwój Gassera i cały pień nerwu trójdzielnego. Krause wykonał tę operacyę 24 razy u chorych w wieku od 30 do 72 lat. Z operowanych umarła 58-letnia bardzo osłabiona kobieta i to zaraz po operacyi, wskutek zapadu; 72-letni starzec w 6 dni po operacyi na niedomogę serca i 67-letnia kobieta w 14 dni po operacyi na grypę. Przy życiu pozostali do dnia dzisiejszego: 75-letnia kobieta i 62-letni mężczyzna, operowani przed $7\frac{1}{2}$ latami, 76-letnia i 53-letnia kobieta, operowane przed 6-ciu latami, 42-letnia kobieta, operowana przed 5-ciu latami i 50-letnia kobieta, operowana przed $4\frac{1}{2}$ latami. Wszyscy są zupełnie wolni od napadów rwy. Wyniki pooperacyjne są, zdaniem mówcy, tak wielkie, że pomimo dużego niebezpieczeństwa, jakie przedstawia operacya, powinna ona być ogólnie przyjętą i stosowaną.

Jonesco (Bukareszt): *O wycinaniu szyjnego odcinka nerwu spółczulnego.* Mówca podaje statystykę chorych, operowanych w powyższy sposób z powodu różnych cierpień. Operował 126 chorych, 97 razy z powodu padaczki, 15 razy z powodu choroby Basedowa, 12 razy z powodu jaskry, raz z powodu zawrotów na tle niedokrewności mózgowej, raz z powodu migreny. Wycina na jednem posiedzeniu cały odcinek szyjny nerwu spółczulnego, zabierając także pierwszy zwój piersiowy. Co się tyczy wyników leczniczych, to sprawa przedstawia się w sposób następujący: z 97 przypadków, operowanych z powodu padaczki, to na 13 operowanych w roku 1896, — pięć zmarło zaraz, w 3 nastąpiło zupełne wyleczenie, w jednym polepszenie, w czterech wynik ujemny; na 17 przypadków, operowanych w roku 1897, sześć zupełnie wyzdrowiało, w dwóch uzyskał polepszenie, w pięciu wynik był ujemny, w 4-ch wynik nieznany; na 27 przypadków, operowanych w roku 1899 w dwóch nastąpiło polepszenie, w jednym wynik ujemny, w 24 wynik nieznany; na 21 przypadków, operowanych w roku 1900, jeden został uleczony, w dwóch polepszenie, w jednym wynik ujemny, w 17-tu wynik nieznany; na 19 przypadków operowanych w roku 1898, w dwóch nastąpiło uleczenie, czyli w całości ma 12 przypadków uleczonych. Z 15 przypadków, operowanych z powodu choroby Basedowa, otrzymał w 6-ciu zupełne wyleczenie, trwające 4, 3, 2 lata, w czterech trwałe polepszenie. W dwóch przypadkach, operowanych z powodu migreny, bezpośredni wynik jest dobry, o trwałości wyleczenia mówić jeszcze nie może, a to z powodu krótkiego czasu, jaki upłynął po operacyi.

Chipault (Paryż) dokonał 4 razy wycięcia szyjnego odcinka nerwu spółczulnego i nie spostrzegał nigdy po tej operacyi zmian odżywczych i charłactwa. Operacya jest, zdaniem jego, tylko wtedy racyonalną, gdy się wytnie także zwój szyjny najwyższy. Operował 26 razy z powodu padaczki, z operowanych 3 przypadki uważa za zupełnie wyleczone; dwa razy operował z powodu choroby Basedowa z wynikiem dodatnim; siedem razy z powodu jaskry, z polepszeniem w sześciu przypadkach; raz z powodu migreny z wynikiem przemijającym; raz w przypadku szyi skośnej z trwałym wynikiem; trzy razy z powodu nerwobólu nerwu twarzowego: w przypadkach tych bóle w 3—4 miesięcy zupełnie ustąpiły.

Alberto Ramon Hernandez (Meksyk): *O podwiązaniu pnia tętnicy bezimiennej.* Mówca zastanawia się nad zadaniem chirurga w przypadkach obrażenia pnia tętnicy bezimiennej i dochodzi do następującego wniosku: jeżeli rana jest szeroka i daje dobry przystęp, — to wtedy należy podwiązywać; gdy rana jest mała, a krwawienie duże, to należy się ograniczyć do tamponady. Na podstawie doświadczenia, osiągniętego w swym przypadku, twierdzi, że należy podwiązywać tętnicę bezimienną, gdy rana znajduje się po stronie prawej, tętnicę szyjną zaś, tuż przy odejściu jej z aorty, gdy rana znajduje się po stronie lewej. Co się tyczy rozszerzenia ścian naczynia poniżej podwiązki, — to dobrze jest, zdaniem jego, przeciwdziałać zbytniemu rozszerzaniu się wstrzykiwaniami żelatyny. Przypadek jego jest pierwszym, w którym udało się na żywym wykonać podwiązanie pnia bezimiennego z powodu obrażenia samego początku tętnicy szyjnej.

Jacques Joseph (Berlin): a) *Olbrzymia muszla uszna i jej zmniejszenie drogą operacyjną.* b) *O zmniejszaniu nosa drogą operacyjną.* Z pomiędzy kilku przypadków, z których zmniejszył olbrzymie muszle uszne drogą operacyjną, opisuje jeden ciekawy przypadek, który dotyczył 38-letniego mężczyzny. W przypadku tym małżowina lewa była dwa razy tak wielka, jak prawa. Różnica w ich wielkości istniała od urodzenia, — była jednakowoż nie wielka; szybki wzrost muszli lewej rozpoczął się dopiero w 20-tym roku życia i trwał do roku 26-tego. Operacyę, za pomocą której zmniejszył mowca choremu muszlę i doprowadził do wielkości muszli prawej, przy zachowaniu jej naturalnego kształtu, wykonał w sposób następujący: najpierw wyciął dość duży klin, więcej z górnej, niż z dolnej połowy muszli usznej; podobny klin, tylko mniejszy, wyciął z powiększonego płatka usznego. Celem zwężenia muszli wyciął wzdłuż jej tylnego brzegu dwa kliny, jeden ku górze, drugi zaś ku dołowi. Po zeszyciu tak powstałych brzegów ran wyciął odpowiedni płat skórny z rowka między muszlą a skórą głowy, aby przez zeszycie powstałych w ten sposób brzegów ran uzyskać jednakowe oddalenie obu muszli usznych od głowy. Wynik nastąpił bardzo dobry. Następnie opisuje mowca ośm przypadków, w których z powodu różnego kształtu nosów, szpecących znacznie twarz, ale zresztą zdrowych, — uzyskał drogą odpowiednich operacyj zupełnie udałcich kształty.

Severanu (Bukareszt): *O nowej metodzie wycinania szczęki górnej.* Metoda ta polega na połączeniu poprzecznego cięcia Dieffenbacha z pionowem cięciem Maisonneuvea. Zalety tej kompilacyi mają być: 1) pole operacyjne duże i 2) prawie niewidoczna blizna. (C. d. n.).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie.

z I-go Zjazdu lekarzy okręgowych.

Pierwszy Zjazd lekarzy okręgowych odbył się dnia 10 listopada 1900 r. we Lwowie, w sali Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Prócz zaproszonych Radców do udziału w Zjeździe Protomedyka Merunowicza, Dra Barzyckiego, Dra Festenburga, delegatów Wydziału krajowego: radcy Dra Stella-Sawickiego i Sekretarza Wydz. kraj. p. Słomkowskiego, przybyło wielu le-

karzy okręgowych, nawet z najdalszych okolic kraju, w liczbie około 50-ciu. Ta poważna liczba świadczy nie tylko o rzetelnej potrzebie tego rodzaju zjazdów, ale i o szerszem zainteresowaniu się sprawami tej nowej jeszcze, ale już w skutki obfitej instytucyi.

Na wstępie inicyator Zjazdu, Dr. Natter, w krótkiem a jędrnem zagajeniu podniósł znaczenie Zjazdów lekarzy okręgowych w celu 1) roztrząsania zalet i wad obowiązującej ustawy, 2) zastanawiania się nad poprawą stosunków zdrowotnych kraju, wreszcie 3) obmyślenia środków do zabezpieczenia na starość lekarzy okręgowych, a w razie ich śmierci, pozostałych po nich wdów i sierót.

Gorącymi oklaskami przyjęto to przemówienie, poczem Dr. Natter zarządził wybór prezydyum, proponując na prezesów honorowych protomedyka Dra Menurowicza i inspektora szpitali krajowych Dra Stellę-Sawickiego, co przez aklamacyę przyjęto. W taki sam sposób wybrano przewodniczącym Zjazdu kol. Nattera z Frysztaka, sekretarzami zaś kol. Głuszkiewicza z Mikuliczyna i kol. Zadurowicza z Jurki.

Nastąpił odczyt referatu kol. Ustrzyckiego o ustawie sanitarnej z dnia 2 lutego 1891 r.

Obok ucierania się w naszem społeczeństwie różnych prądów i zasad politycznych i społecznych, przynoszącego częstokroć więcej straty, niż korzyści, budzi się bez wątpienia i w lekarzach poczucie potrzeby pracy, mającej tylko dobro społeczeństwa na celu, a pod ten sztandar garną się, lub garnąć się powinni wszyscy bez różnicy stanowiska, zasad i przekonań politycznych. Lekarze w ogólności, a lekarze okręgowi w szczególności, reprezentują jeden z najważniejszych działów, bo dział stosunków zdrowotnych w społeczeństwie. Obowiązująca tych lekarzy ustawa sanitarna z dnia 2 lutego 1891 r. ma, jak każda ustawa, obok stron dodatnich, także pewne wady, które bądź to utrudniają, bądź też udaremniają lekarzom okręgowym wykonywanie ich czynności. Dążenie więc do zmiany lub usunięcia tych wad jest naszym obowiązkiem.

Już w samym tworzeniu nowych okręgów powołane czynniki powinny zwrócić baczniejszą uwagę na wszystkie stosunki, zwłaszcza na niedogodności, z jakiemi lekarz później walczyć będzie musiał, gdyż często dopiero praktyka wyłania usterki tej lub owej działalności. Niektóre Wydziały powiatowe, przy obsadzaniu posad lekarzy okręgowych mając z góry upatrzonego kandydata, stawiają w konkursie pewne warunki, nie licujące z ustawą. Nieraz bez podania przyczyny nie stabilizują lekarzy po upływie roku. Na wszelkie zarządzenia lekarza okręgowego potrzebna jest aprobata wójta, której ten może nawet odmówić, co wszystko utrudnia szybkie wykonanie zarządzenia. Opinię w sprawach sanitarnych ma wydawać lekarz okręgowy, nikt go jednak nigdy o to nie pyta. Gminy widząc, jak się dzieje, lekceważą stanowisko lekarza okręgowego, nie donoszą mu o chorobach zakaźnych, uważając to za zbyteczne, bo i tak dopiero lekarz powiatowy stwierdza epidemię, tłumi ją, zarządza, co potrzeba i t. d. Czyż nie powinno być tak, aby w danym okręgu z zasady do tłumienia epidemii delegowany był lekarz okręgowy? Lekarze okręgowi mają obowiązek leczyć bezpłatnie chorych ubogich. Społeczeństwo jednak wyzyskuje lekarzy wskutek podszywania się pod biedę, nieraz i z pomocą wójtów, którzy świadectwa ubóstwa nieprawdziwe podpisują. Istotnie zaś ubodzy nie mają za co kupić leków. A jakkolwiek Wydziały powiatowe zaleciły Zwierzchnościom gminnym wstawiać do budżetu co roku pewne kwoty na leki dla ubogich, to jednak polecenie to prawie wszędzie pozostało tylko na papierze.

Lekarze okręgowi obowiązani są 2 razy do roku odwiedzać każdą gminę i za to pobierają odpowiedni ryczałt na podróże. (Rozp. Nam. z 12 czerwca 1897 r., l. 34541); atoli niektóre Wydziały powiatowe kazały później 4 razy do roku objeżdżać gminy, a ryczałt pozostał ten sam. W jednym nawet powiecie Wydział powiatowy polecił 12 razy do roku gminy odwiedzać i 12 razy przedkładać sprawozdania! Jak już wspomniano, lekarze okręgowi mają w gminie tylko głos doradczy, a w następstwie tego braki i usterki sanitarne, pomimo sprawozdań, nie zostają usuwane i w każdem sprawozdaniu trzeba ciągle jedno i to samo pisać. Jedno doroczne sprawozdanie wystarczyłoby zupełnie. Szczepienie limfą ochronną mają lekarze okręgowi wykonywać w miejscu siedziby bezpłatnie, a podróże do innych gmin, należących do okręgu, w celu szczepienia, mają z własnej kieszeni pokrywać. Od czasu do czasu szczepi lekarz powiatowy w okręgu sanitarnym i wtedy pozbawia lekarza okręgowego nawet tego drobnego dochodu.

§. 16 wspomnianej ustawy poleca tworzenie w powiatach stałych komisyj zdrowotnych, których dotąd jednak niema, a gdzieniegdzie wyjątkowo istniejące nic nie robią.

W dalszym ciągu kol. Zasacki omawiał również wspomnianą ustawę, a przemówienie to było dopełnieniem referatu kol. Ustrzyckiego.

W dyskusyi nad tymi przedmiotami zabierali głos Drowie: Merunowicz, Stella-Sawicki, Festenburg, Natter, Bednarski, Głuszkiewicz, Grossek, Langer i Zadurowicz. Ostatecznie uchwalono domagać się u władz następujących zmian w ustawie:

a) Ażeby na przyszłość przy tworzeniu okręgów sanitarnych trzymano się ściśle postanowień §. 5 ustawy, nie przyjmując koniecznie za podstawę podziału politycznego, nadto, w już utworzonych, poczyniono potrzebne zmiany. *b)* Ażeby prowizoryczne obsadzenie posad lekarzy okręgowych bez podania przyczyny, z możliwością rekursu, terminu jednorocznego nie przekraczało. *c)* Ażeby w razie ustąpienia lekarza okręgowego z posady konkurs natychmiast bywał rozpisany i to ściśle według § 7 ustawy, a nadto, aby tenże § uzupełnić w ten sposób, by pierwszeństwo w otrzymaniu posady mieli ci, którzy dotąd jako lekarze okręgowi byli zajęci, według starszeństwa w zawodzie lekarza okręgowego. Ci zaś, którzy już gdzieindziej w innym powiecie byli stabilizowani, już tem samem na nowej posadzie będą stabilizowani od chwili mianowania. *d)* Ażeby obowiązkowe objazdy (prócz przypadkowych) odbywali lekarze okręgowi w myśl rozp. c. k. Namiestnictwa, to jest dwa razy do roku i z tych składali dwa półroczne sprawozdania. *e)* Ażeby lekarzom okręgowym przy szczepieniu w ich okręgach należytość kilometrowa za jazdę była wypłacaną tak, jak każdemu innemu lekarzowi delegowanemu. *f)* Ażeby w razie, gdyby w okręgu sanitarnym szczepienie miało się odbyć przez lekarza powiatowego, ustawowo zastrzeżonem było poruczenie przeprowadzenia szczepienia w innych okręgach topograficznych lekarzom okręgowym przed innymi lekarzami powiatu. *g)* Ażeby utworzono w powiatach, gdzie istnieją okręgi sanitarne, stałe powiatowe komisye zdrowotne. *h)* Aby lekarze okręgowi już przy pierwszym dojeździe, na wiadomość o epidemii, lub gdy epidemiczne przypadki sami wykryją, mieli prawo, wprzód nim władza polityczna powiatowa wydeleguje lekarza dla tłumienia epidemii, zapisywać leki dla ubogich chorych w swoim okręgu na koszt państwa, w którym to celu Wydział krajowy przeprowadzi rokowania z c. k. Rządem. *i)* Aby c. k. Starostwa przestrzegały postanowień, zawartych w reskrypcie Ministerstwa spraw wewn. z dnia 7 marca 1887, l. 3098 (okólnik Nam. z d. 46 kwietnia 1887, l. 15388) i w okólniku c. k. Nam. z d. 13 czerwca 1889, l. 38377, punkt 4), co do delegowania do tłumienia epidemii lekarza najbliższego, a więc okręgowego. Wśród tego jeden dojazd c. k. lekarza powiatowego ma być w zwykłych warunkach wystarczający. W razie zaś niedelegowania lekarza okręgowego, ma Starostwo uzasadnić przyczynę w każdym poszczególnym przypadku. *j)* Aby prawo zamknięcia i otwarcia szkoły w razie epidemii przysługiwało lekarzom okręgowym w tym samym stopniu, jak i c. k. lekarzom powiatowym, ze względu na szybkie zapobieganie epidemii. *k)* Aby dojazdy na epidemie i szczepienie z konieczności były przez lekarza okręgowego dokonywane, zawsze za poborem należytości ustawowo zastrzeżonych. *l)* Aby w celu postępu w asanacyi kraju, w myśl instr. służb. z d. 2 lutego 1891 dz. u. k. Nr. 17, przy otwieraniu nowych lub rozszerzaniu już istniejących zakładów przemysłowych, handlowych, toż samo kwalifikacyi do zamieszkań świeżo wybudowanych domów, kwalifikacyi miejsc na wykopanie studni etc. — władza przed wydaniem konsensu zawsze o opinię lekarza okręgowego zapytywała, a to tem więcej, że co do studni istnieje nieprzestrzegany dotychczas reskrypt c. k. Ministerstwa spraw. wewn. z dnia 25 stycznia 1889, l. 1813, ok. Nam. z dnia 14 lutego 1898, l. 10216. Opinia ta, o ile instytucya, względnie przemysł, nie znajduję się w zarządzie władz autonomicznych, a więc gminy, powiatu, lub kraju, ma być wydawana przez lekarzy okręgowych za stósownem wynagrodzeniem odpowiednio do rozmiarów przemysłu i odległości od miejsca stałej siedziby lekarza okręgowego.

Rzeczą komitetu, wybrać się mającego na obecnym Zjeździe, będzie usilnie starać się u władz o jak najszybsze przeprowadzenie powyższych uchwał.

Kol. Bednarski mówił o nędzy, z jaką muszą walczyć lekarze okręgowi. Bedele uniwersyteccy, woźni przy urzędach państwowych, ba! nawet nauczyciele ludowi stoją stosunkowo pod względem materyalnym lepiej, niż większość lekarzy okręgowych. Ci ostatni, zwłaszcza żonaci, mają teraz tyle, że ledwie licho wegetować potrafią. A gdy po tak uciążliwej, wyczerpującej i z narażeniem zdrowia i życia wykonywanej pracy przyjdzie kalectwo lub starość, to chyba rękę po jałmużnę wyciągnąć przyjdzie. Wszak obecnie nawet pierwszy lepszy robotnik, tragarz kolejowy, ma zabezpieczoną starość, a wdowa i sieroty po nim pozostałe przynajmniej jaki taki byt mają zapewniony. Jakto? a lekarz okręgowy, który jest także urzędnikiem publicznym, ze studyami uniwersyteckimi, ze stopniem akademickim, który go tyle czasu, pracy i pieniędzy kosztował, ma powiększać zastęp żebraków w kraju i państwie? w tym kraju i w tym państwie, którym się póki młody

i zdrów wysługuje i wśród tego społeczeństwa i tych ludzi, którzy go słowami wielbią i błogosławią, że im rodziców, że im dzieci od śmierci ratował? Państwo i kraj są obowiązane w pierwszym rzędzie do zapobiegania tej nędzy.

Wzruszenie zgromadzonych świadczyło o zrozumieniu i przejęciu się tą sprawą. Toteż jednogłośnie i bez żadnych zmian uchwalono wniosek kol. Bednarskiego. I. Wniesienie petycyi przez obrać się mający Komitet w imieniu lekarzy okręgowych do Wydziału krajowego, Sejmu i c. k. Namiestnictwa:

a) o zaprowadzenie emerytur dla lekarzy okręgowych, oraz pensyi dla wdów i sierót po nich pozostałych, w stosunku do płac rocznych 1600 lub 2000 koron (w co już wliczone są ryczałty, jako pobory stałe, z tą posadą związane); *b)* o przyznanie emerytur już po 5-cio letniej służbie.

A dla poprawy obecnego położenia:

c) o przyznanie czterech pięcioleci po 200 koron; *d)* o przyznanie dyet w razach, gdy się podróż odbywa: 1) przy udzielaniu pomocy w wypadku; 2) przy udzielaniu pierwszej pomocy w wybuchu epidemii; 3) przy stwierdzaniu przyczyny śmierci na wezwanie oglądacza zwłok, względnie Zwierzchności gminnej. (Należytości pod 1. 2. 3. mają być opłacane przez c. k. Starostwo, jeżeli interesanci zapłacić nie są wstanie).

C.) Aby ryczałty na podróże nie mniej jak 600 koron wynosiły.

Po jednogłośnem uchwaleniu wszystkich wniosków zabrał głos Radca Dr. Stella-Sawicki i oznajmił, że Wydział krajowy już od kilku lat myśli o poprawie doli lekarzy okręgowych, o emeryturach, oraz pensyach dla wdów i sierót, że jednak dotąd nie zdołał tego zrealizować.

Po skończonych obradach przystąpiono do wyboru Komitetu, w skład którego weszli koledzy: Natter, Ferensiewicz, Ustrzycki, Rokosowski, Zasacki, a jako zastępcy: Bednarski i Cieszewski, poczem przewodniczący podziękował zaproszonym gościom za ich obecność, oraz za wiele cennych rad i wskazówek, udzielonych lekarzom okręgowym.

Imieniem zebranych podziękował kol. Bednarski Drowi Natterowi za inicyatywę i przewodnictwo w Zjeździe.

Przewodniczący Zjazdu *Dr. Wiktor Natter.* Sekretarz *Dr. Głuszkiewicz.*

Podając łaskawie nam udzielone „Sprawozdanie“ z I-go Zjazdu lekarzy okręgowych, przyznać należy, że obrady na tym Zjeździe były ściśle przedmiotowe i pod każdym względem robią wrażenie dodatnie. Nad jałowem biadaniem i tanią krytyką górowało należycie uświadomione wytknięcie usterek w ustawie, jednocześnie z wykazaniem możliwości naprawy nieprawidłowych stosunków, w których dziś pełnią swe obowiązki lekarze okręgowi.

Zadanie lekarzy okręgowych nie ogranicza się li tylko do niesienia pomocy przy łóżku chorego; jak długo nie posiadają oni szpitalików w siedzibie okręgu, tak długo leczenie chorych, rozrzuconych na wielkim obszarze, zwłaszcza cierpiących na choroby ostre i zakaźne, będzie dalekie od rzetelnej pomocy i skuteczności. Poza sferą leczenia stokroć ważniejsze zadanie ma lekarz okręgowy w zakresie medycyny publicznej, asanizacyi kraju, podźwignięcia społeczeństwa ze stanu schorzenia i upadku sił fizycznych i t. d. Powiedziano, że „pod Sedanem zwyciężył nauczyciel wiejski“; parafrazując tę myśl, analogicznie powiedzieć można, że jeśli lud nasz ma się podźwignąć z postępującego zwyrodnienia fizycznego, jeśli epidemie ospy, duru i t. d. mają kiedy wygasnąć w tym kraju, to będzie to niepodzielną zasługą lekarza okręgowego. By temu wzniosłemu zadaniu mógł sprostać, trzeba, by lekarz okręgowy miał do tego możność, należy mu użyczyć tylo władzy wykonawczej, by zarządzenia jego mogły wchodzić w życie, w miarę tak często nastręczającej się potrzeby działania szybkiego i gruntownego. Lecz o ile powołanie lekarza okręgowego jest wzniosłe, o tyle jest i ofiarne; ażeby na tem syzyfowem stanowisku wytrwać i nie zniechęcić się brakiem bezpośrednich owoców, boć to zadanie paru pokoleń, potrzeba mieć, obok bogatego skarbu cnót obywatelskich, swobodę i pogodę ducha; a warunkiem tej równowagi moralnej jest równowaga w budżecie, bezpieczny i zapewniony byt; najhartowniejszy i najwytrwalszy charakter złamie się, jeśli troska o byt rodziny i własny na sędziwe lata, jak rdza gryząca pokryje kirem niepokoju duszę; organizacyi lekarzy okręgowych nie można uważać za skończoną, jak długo nie będzie dla nich uchwalone prawo emerytalne na równi ze wszystkimi urzędnikami krajowymi. Wydział krajowy i Wysoki Sejm, którym przypada zasługa powołania do życia tak ważnej dla naszego społeczeństwa instytucyi, dokończą chwalebnie rozpoczętego dzieła, a kierując się sprawiedliwością, poparci przez życzliwe władze państwowo, uwzględnią niezawodnie wszystkie postulaty I-go Zjazdu lekarzy okręgowych. Lekarze, zasiadający w Sejmie, mają ważne i wdzięczne zadanie.

W sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich.

Komisya organizacyjna na pełnem posiedzeniu w dniu 24 b. m. uchwaliła co następuje:

1) Rozesłać w najbliższym czasie odezwę do wszystkich P. T. Kolegów, wraz ze statutem zawiązać się mającego Towarzystwa samopomocy.

2) Zwołać na 3 lutego 1901 r. ogólne zgromadzenie celem ukonstytuowania się Towarzystwa.

3) Przedłożyć temu Zgromadzeniu taką listę kandydatów do wybrać się mającego Wydziału, Komisyi kontrolującej i Sądu polubownego, aby w niej wszystkie grupy lekarzy były reprezentowane.

4) Wyrazić publiczne podziękowanie koledze Sciborowskiemu.

5) Polecić trzem członkom swym, aby w jaknajkrótszym czasie porozumieli się z proponowanymi przez Komisyę kandydatami do Zarządu Towarzystwa.

Kraków, dnia 25 listopada 1900.

Sekretarz: *Dr. Langie.*

W sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich.

Kolega Dr. Władysław Sciborowski z Krakowa nadesłał na ręce Dra Langiego list następującej treści:

„Jakkolwiek wskutek podeszłego wieku czynnego udziału w sprawie organizacyi lekarzy galicyjskich brać nie będę, — do Stowarzyszenia przystępuję, a w miejsce wkładek rocznych, które zapewne nie długobym wnosił, złożę na stały fundusz List zastawny Tow. kr. ziem. gal. na 1000 koron, od którego odsetek w miejsce wkładki będzie wpływał corocznie, nietylko za życia, lecz i po mojej śmierci“.

Wobec tego niżej podpisana Komisya organizacyjna uchwaliła jednogłośnie wyrazić WPanu Koledze Sciborowskiemu na tej drodze serdeczne publiczne podziękowanie za obietnicę tak hojnego daru na rzecz zawiązać się mającego Towarzystwa samopomocy i list powyższy podać do wiadomości ogółu Kolegów za pośrednictwem „Przeglądu lekarskiego“.

Kraków, dnia 24 listopada 1900.

Drowie: *Braun* m. p., *Kohn* m. p., *Langie* m. p., *Mączka* m. p., *Nartowski* m. p., *Schaitter* m. p., *Schoengut* m. p., *Sliwiński* m. p., *Słapa* m. p., *Trzebicky* m. p., *Weinsberg* m. p., *Żydłowicz* m. p.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 29 listopada 1900.

* Lekarze pomocniczy Szpitala św. Łazarza w Krakowie, przysyłają nam odpis memoryału, który wysłali do Wydziału krajowego, d. 22 b. m. Dokument ten brzmi:

Wysoki Wydziale krajowy!

W marcu r. b. wnieśli lekarze pomocniczy Szpitala św. Łazarza w Krakowie prośbę do Wysokiego Wydziału krajowego o uwzględnienie następujących ich postulatów:

1) Płaca sekundaryuszy powinna wynosić 1400 koron rocznie, podobnie jak płaca asystentów uniwersyteckich.

2) Każdy praktykant po roku wzorowej służby powinien otrzymywać remuneracyę roczną w kwocie conajmniej 600 koron.

3) Sekundaryusze winni być mianowani za porządkiem, według czasu służby szpitalnej i to odrazu na przeciąg lat czterech.

4) Podział sekundaryuszy na klasy winien być zniesiony i każdy sekundaryusz winien bezpośrednio po swojem mianowaniu otrzymywać pensyę wyżej wymienioną.

5) Asystenci uniwersyteccy, mogą być równocześnie praktykantami szpitala ze wszystkiemi ich prawami, ale tylko pod tym warunkiem, jeżeli udowodnią, że zajęcia ich pozaszpitalne nie stoją na przeszkodzie wykonywaniu pracy w szpitalu na równi z innymi praktykantami.

Na prośbę tę otrzymali lekarze pomocniczy Szpitala św. Łazarza od Wysokiego Wydziału krajowego odpowiedź bardzo przychylną, w któ-

rej ich Wysoki Wydział krajowy uwiadomił, że wszystkie ich żądania będą uwzględnione w budżecie na rok 1901.

Wobec powyższej odpowiedzi Wysokiego Wydziału krajowego, byli petenci przekonani, że sprawa ich jest już pomyślnie załatwioną i odpowiedzieli Wysokiemu Wydziałowi krajowemu, że „ufni w sprawiedliwość i życzliwość Wysokiego Wydziału krajowego, z całem zaufaniem oczekują dotrzymania przyrzeczeń.“

Tymczasem projekt budżetu Wysokiego Wydziału krajowego na rok 1901 uwzględnia tylko minimalną część żądań lekarzy pomocniczych. Pominięto w nim zupełnie bardzo ważny punkt o zrównaniu wszystkich sekundaryuszy, dla praktykantów przeznaczono tylko śmiesznie małą remuneracyę, a na resztę postulatów wogóle nie udzielono odpowiedzi.

Że takie traktowanie sprawy przez Wysoki Wydział krajowy mogło wywołać bardzo przykre rozczarowanie, a co zatem idzie, i niezadowolenie, jest rzeczą zupełnie jasną. Wszak kwalifikowanie stopnia sekundaryatu według tego, czy lekarz jest żonaty lub nie, jest conajmniej niestosowne, bo przecież nie od tego zależy uzdolnienie sekundaryusza, a obowiązek mieszkania w szpitalu jest zupełnie iluzoryczny wobec braku mieszkań szpitalnych dla sekundaryuszów. Dla chorych podział sekundaryuszy na klasy może być wprost zgubnym, bo zdarzyć się może, że kierownikiem oddziału szpitalnego pod nieobecność prymaryusza zostaje sekundaryusz I-szej klasy, którego całą zasługą jest jedynie jego stan kawalerski, a nie stopień wykształcenia i uzdolnienia zawodowego.

Że projekt budżetu Wysokiego Wydziału krajowego krzywdzi praktykantów szpitalnych, o tem chyba niema dwóch zdań i dlatego twierdzenia tego nawet dowodzić nie potrzeba.

Wobec tego upraszają podpisani lekarze pomocniczy Szpitala św. Łazarza w Krakowie

Wysoki Wydział krajowy

raczy przychylić się do wszystkich wyżej wymienionych postulatów, gdyż inaczej lekarze pomocniczy nie będą mogli przyjąć na siebie odpowiedzialności za następstwa wywołane przez nieuwzględnienie ich skromnych, a zupełnie uzasadnionych żądań, o którychto następstwach była już mowa w pierwszej prośbie, wysłanej do Wysokiego Wydziału krajowego jeszcze przed blizko ośmiu miesiącami.

Żądania, wyrażone w wyżej przytoczonem podaniu lekarzy pomocniczych Szpitala św. Łazarza, są prostem i ogólnymi warunkami bytu uzasadnionem następstwem z jednej strony podrożenia pierwszych potrzeb życia, z drugiej — zupełnego zniknięcia dochodu z praktyki dla lekarza początkującego, wobec nowoczesnej organizacyi społeczeństwa. Poczucie elementarnej sprawiedliwości i sama godność najwyższej magistratury krajowej domagają się, by wobec ogólnego podwyższenia pensyi urzędnikom, nie wyłączano z tej reformy jednego zawodu, który ze względu na częstokroć bezinteresowne wysługiwanie się społeczeństwu i rządowi, zasługuje w pierwszej linii na opiekę i poparcie. Zresztą, Wydział krajowy winien się liczyć i z tą okolicznością, że może mu jednego dnia zabraknąć lekarzy pomocniczych, jeżeli dalsze przechodzenie do porządku dziennego nad żądaniami lekarzy szpitalnych odstręczy młodzież nietylko od szpitali, lecz i od wpisywania się na medycynę, czego od paru lat mamy niezbite i przestrzegające zwiastuny.

* Towarzystwo lekar. krakow. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem koll. Doc. Seńkowski i Dr. Stankiewicz wygłosili zapowiedziane odczyty.

* Uczestnicy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich pamiętają, że w biurze Komitetu w Komisyi kwaterunkowej i t. d. spotykali grono młodzieży uniwersyteckiej, która wzięła na siebie ciężki trud czynnego wykonania organizacyi gospodarczej Zjazdu. Z właściwym młodości zapałem i z poczuciem obowiązków godności akademickiej, młodzież krakowska wsparła Komitet gospodarczy w tym stopniu, że wyborne wykonanie programu gospodarczego Zjazdu jest w wielkiej części jej zasługą. Obok ogólnego i szczerze odczutego uznanego, Komitet gospodarczy urządził w dniu 27 b. m. wspólną ucztę, na której zadość uczynił swemu obowiązkowi moralnemu, wyrażając młodzieży za jej gorliwą i skuteczną pomoc szczerą i dobrze zasłużoną wdzięczność.

* Prof. Bujwid wybrany został na dalsze trzy lata członkiem przybocznej Rady dla spraw obrotu środkami spożywczemi.

* Dr. Georg Müller ogłosił list otwarty w Berlinie, w którym dowodzi, że najwięcej partaczy żywi się z ortopedyi. Zarzuca on dziennikarstwu, że w swoim samolubnym interesie drukuje całe kolumny ogłoszeń tych panów, a tem samem i wspiera partactwo.

* Dr. Göbel w Bielefeld wyraża słuszne życzenie, ażeby na doniesieniach o nowych lekach wyrażoną była i ich cena, gdyż zdarzały się ze strony aptek (może i uzasadnione) żądania tak znacznych kwot, że chorzy nie byli w stanie ich uiścić, a lekarze byliby się cofnęli przed zapisywaniem niezamożnemu choremu „nowego leku,“ gdyby byli wiedzieli, że jest tak kosztowny.

* W Rosyi zaprowadza się cenzura ogłoszeń z zakresu lecznictwa, a odnosi się to do leków i przyrządów sprowadzanych z zagranicy, oraz do wykonywania praktyki lekarskiej. Ten dział cenzury pełnić będzie Rada lekarska.

* W sprawie obsadzenia katedry po śp. prof. Albercie, Wydział lekarski Uniwers. wiedeńskiego zamierzył wziąść pod rozwagę kandydaturę prof. Eiselsberga z Królewca.

* Asystenturę przy katedrze zoologii we Wrocławiu, otrzymała panna Klara Hamburger. Jest to pierwszy przypadek w Prusiech, że kobiecie powierzono urzędowe stanowisko w uniwersytecie.

Mianowania i odznaczenia. Dr. I. Bock, mianow. profes. zwycz. farmakologii w Kopenhadze. Dr. Hammer H. otrzymał tytuł profesorski. Dr. P. Delagénière mian. prof. kliniki chirurgicznej w Tours. Prof. zwycz. okulistyki w Dorpacie mianow. Dr. Jewecki.

Nekrologia. Zmarli: Wiliam Anderson, profesor chirurgii w Londynie. Dr. Durand I. S. autor licznych prac z zakresu fizyologii, zwłaszcza hipnotyzmu, zmarł w Radez, licząc lat 74. Prof. Ollier, głośny ze swych prac w dziale chirurgii kości, zmarł w Lugdunie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Medycynie* Nr. 47: Dr. Helmana D.: Kilka uwag o roli lasecznika zielonej ropy w powstawaniu t. zw. pierwotnego krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego i o własnościach patogenicznych lasecznika ropy zielonej wogóle. Steinhausa I.: O urazowem pochodzeniu raka. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 47: Biegańskiego W.: O leczeniu dyatezy moczanowej. Mincera A.: Cewnik i cięcie nadłonowe, przy zakażeniach moczowych w następstwie zmian gruczołu krokowego.

Redakcya otrzymała:

— Fronczak F. E.: Several glimpses medical, of lands across the seas (Odbitka z „Buffalo medical Journal“ 1900).

— Tenże: Stosunki lekarskie w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej (Odbitka „Przegl. Lek.“ 1900).

— Dr. Nartowski M.: Promienie Röntgena i ich zastosowanie do celów rozpoznawczych i leczniczych. Kraków, 1900. Nakład S. A. Krzyżanowskiego.

— „Przegląd Filozoficzny“. Zeszyt IV. Warszawa 1900.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 5 grudnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Witkowskiego*** posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. prof. Browicz będzie miał odczyt p. t.: „Czy kanaliki żółciowe międzykomórkowe mają własne ścianki?“ 2) kol. doc. Baurowicz okaże *a*) watonośniki Krause-Sokołowski i wyłoży rzecz „O wartości lisolu do odkażania lusterek krtaniowych“. 3) Dr. Lewkowicz mówić będzie: O etyologii czerwonki (z demonstracyami).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**